FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 343

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 30 Mai 1905, à 1 heure

PAR

Georges RIMETTE

Externe des hôpitaux de Paris
Interne de l'Hôpital et de la Maternité de Saint-Germain
Bénéficiaire du Legs Marjolin

Pronostic de l'Avortement

Président : M. BUDIN, *professeur*

Juges MM. POZZI, *professeur*
BAR, *agrégé*
BRINDEAU, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie cet ouvrage comme gage de mon inaltérable reconnaissance.

Qu'ils soient assurés que leur exemple nous guidera toujours et partout et que leur bonheur sera notre plus belle récompense

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

Pronostic de l'Avortement

AVANT-PROPOS

Devant le chiffre élevé des avortements que nous avons rencontrés dans la fréquentation des hôpitaux, nous nous sommes demandé pourquoi leur nombre était si grand, et nous avons pensé que, si beaucoup d'entre eux, pour n'être pas avoués n'en étaient pas moins provoqués, et si l'on pouvait escompter, sinon prouver, le total fort élevé de ces derniers, c'est que l'avortement jouissait dans la masse du peuple, d'une réputation de bénignité qui n'est nullement prouvée.

Bien au contraire, nous allons nous attacher, dans le travail que nous vous présentons, à détruire cette idée fausse, et à montrer le danger que court la femme qui avorte.

Nous nous efforcerons de montrer que la gravité du pronostic de l'avortement, ne dépend pas tant de l'âge de la grossesse, comme on le pensait autrefois,

mais bien plutôt des trois grands facteurs qui peuvent en être la conséquence, c'est-à-dire la rétention placentaire et ses corollaires, l'hémorragie et l'infection puerpérale. Dans un dernier chapitre, nous montrerons que le traitement choisi doit avoir pour règle primordiale l'asepsie, si l'on ne veut pas s'attirer, non seulement des mécomptes, mais aussi des désastres.

Toutefois, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis, au seuil de notre carrière médicale, de traduire, à chacun des maîtres qui nous ont guidé dans nos études, l'hommage de notre gratitude et de notre inaltérable reconnaissance.

Que notre maître, le Dr Brocq, soit assuré d'une bonne place dans notre souvenir. Nous nous rappellerons toujours l'élan qu'il nous imprima, tant par son exemple que par l'amabilité et la bienveillance avec lesquelles il nous initia à l'art difficile de la dermatologie et de la syphiligraphie.

Que le Dr Achard veuille bien accepter l'expression de notre réelle gratitude. Nous n'oublierons ni le temps passé dans son service, ni sa grande obligeance.

Nous nous souviendrons que c'est dans le service du Dr Lejars que nous avons puisé les premières notions de l'asepsie chirurgicale.

Que les Drs Reynier et Jalaguier, qui nous ont appris à nous familiariser avec les difficultés de la chirurgie, soient persuadés de notre grande reconnaissance.

Qu'il me soit permis de faire une place toute spéciale à notre maître le Dr Tuffier.

Grâce à son impulsion, nous conserverons du temps passé dans son service le souvenir d'une année bien remplie et fructueuse. Il s'est toujours montré pour nous bienveillant, et d'un abord accueillant ; qu'il soit persuadé que nous ne l'oublierons pas et que nous lui en serons toujours profondément reconnaissant.

Le Dr Tapret a droit à tous nos remerciements, il nous a montré ce que vaut la théorie, et nous a habitué à heurter de front les difficultés de la clinique interne.

C'est auprès des Drs Bar et Brindeau que nous avons puisé de précieuses leçons sur l'art des accouchements et sur les soins à donner à la première enfance ; qu'ils veuillent bien accepter l'expression de notre sincère gratitude.

Qu'il me soit permis de remercier tout spécialement le Dr Brindeau pour sa grande amabilité.

Nous n'oublions pas nos maîtres : les Drs Lamarre et Lévêque, et au moment de les quitter nous voulons les assurer de notre reconnaissance et de notre gratitude.

M. le professeur Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes sincèrement reconnaissant et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression respectueuse de notre gratitude.

PRONOSTIC

La gravité du pronostic dans l'avortement dépend le plus fréquemment de la cause de l'avortement lui-même. Les auteurs de toutes les époques ont reconnu que l'avortement spontané n'avait généralement pas de conséquences graves, encore moins funestes, mais qu'il n'en était plus de même lorsqu'i s'agissait d'un avortement provoqué par des manœuvres criminelles.

Capuron rapporte dans son *Traité sur les maladies des femmes*, page 348, l'observation d'une femme de vingt-six ans, prise par Hippocrate : « Elle éprouva, à la suite d'un bouillon composé pour se faire avorter, des coliques atroces et de violentes convulsions pendant lesquelles elle se mordit la langue. Les yeux étaient rouges et enflammés, elle était dans une agitation et une insomnie continuelles ; sa langue noirâtre sortait hors de sa bouche, elle mourut en peu de temps. Ce tableau est bien capable d'épouvanter les femmes qui font périr le fruit de leurs amours, plus féroces sous ce rapport, dit Ovide, que la lionne et la tigresse. »

Ce crime dû « aux breuvages incendiaires » absorbés par ces femmes criminelles était relativement

fréquent chez les Anciens, et il explique le serment que le Père de la médecine exigeait de ses élèves, de ne jamais employer les secrets de la trop célèbre Aspasie. Il n'était pas rare parmi les dames romaines, si on en juge par la satire sixième de Juvénal (Trastour) (1).

Si les breuvages sont peut-être moins employés qu'autrefois, ce n'est pas cependant que les matrones d'aujourd'hui, les disciples d'Aspasie, les faiseuses d'anges, comme elles furent appelées, aient renoncé à leur sinistre besogne ; elles s'y prennent différemment, voilà tout. En guise de breuvage, elles se servent d'injection, et leur manuel opératoire consiste principalement en sondes et en aiguilles, dont l'aiguille à tricoter est un des types le plus fréquemment employé. Comme l'asepsie la plus élémentaire est parfaitement inconnue, ou inconsciemment oubliée de ces huissiers de la mort, il en résulte que les femmes qui remettent leur vie entre leurs mains courent les dangers les plus grands. Leur impéritie, leur manque de conscience et de savoir n'ont le plus souvent pas de limite ; rien ne les arrête, ni les membranes, ni l'œuf ne sont à l'abri de leurs coups, et il n'arrive malheureusement que trop souvent que les parois de l'utérus ne soient elles-mêmes une barrière suffisante.

L'avortement criminel, dit Maygrier, est d'une gravité incontestable par les perforations, déchirures de

---

1. Trastour. Thèse de Paris. *Dissert. sur l'avort.*, 1825

l'utérus et les accidents septiques qui l'accompagnent.

Sans doute, un très grand nombre de faits de ce genre restent inconnus et sont considérés de ce chef comme inoffensifs pour la santé de la femme.

Mais, en outre, combien de fois est-on appelé auprès de femmes qui sont trop malades pour pouvoir cacher leur état, et parmi lesquelles on observe alors une mortalité effrayante.

Le Dr Blondel (1) ne s'exprime pas autrement. Sur cent cas recueillis dans sa pratique personnelle, il eut la certitude que cinquante-deux cas d'avortement étaient dus à des manœuvres criminelles, et sur ces cinquante-deux cas, trente fois il s'est trouvé en présence de phénomènes réellement très graves, avec température élevée persistante ; six fois seulement il eut affaire à des hémorragies sérieuses avec placenta incarcéré. Sur ces cent cas, douze fois seulement, il avait pu constater la grossesse avant d'être appelé à constater l'avortement. Dans les quatre-vingt-huit autres cas, il voyait la malade pour la première fois.

Ce qui intéresse en pareil cas, c'est de savoir si l'expulsion de l'œuf est complète.

Or, s'il s'agit d'un avortement des six premières semaines, il prend l'allure d'une menstruation plus abondante que de coutume, et renfermant des cail-

---

1. Blondel. *Bull. Soc. d'Obst.*, p. 135. Année 1902.

lots ; les femmes n'y prennent le plus souvent pas garde.

Il n'en est déjà plus de même lorsque l'avortement date de deux mois ; la femme est prévenue, le décollement et l'expulsion de l'œuf ne passent plus inaperçus ; toutefois l'incertitude dans laquelle on peut se trouver au sujet de l'expulsion en bloc de l'œuf ou de la rétention de caduque laisse le pronostic incertain.

Au troisième mois, l'accroissement de l'œuf permet déjà de constater plus facilement son expulsion en bloc, ou la rétention d'une de ses parties. Cette facilité plus grande d'examen ira en augmentant au fur et à mesure que l'on se rapprochera du cinquième mois, le fœtus ne pouvant plus passer inaperçu, non plus que le délivre. L'avortement se rapproche alors des phénomènes observés pendant l'accouchement à terme, et l'expulsion en un temps devient ici l'exception.

A notre avis, quel que soit l'âge de l'avortement, s'il se fait spontanément et en un temps, le pronostic est favorable ; s'il se fait en deux temps, le pronostic reste réservé jusqu'à l'expulsion de l'arrière-faix. A ce sujet, il est bon d'être prévenu contre une anomalie assez fréquente.

Il est des cas, en effet, où l'expulsion se fait en trois temps et le professeur Budin enseigne que dans ce dernier cas le premier temps est constitué par la sortie de l'embryon ; le second, par l'expulsion du placenta, du chorion et de l'amnios ; le troisième,

qui peut ne survenir que quelques jours plus tard, par l'élimination de la caduque. Cette dernière s'accompagne parfois d'hémorragies abondantes et peut atteindre une épaisseur remarquable, ainsi que le rapporte M. Maygrier dans une observation où la caduque hypertrophiée formait une membrane de 20 centimètres sur 10 centimètres et avait une épaisseur de 1 à 2 millimètres. Elle pesait 55 grammes, c'est-à-dire presque autant que l'embryon et l'œuf réunis qui pesaient 59 grammes (1). Une caduque semblablement épaissie, composée de tissus sans vitalité, ne pourrait séjourner longtemps dans la cavité utérine sans s'infecter. Ces cas doivent être présents à la mémoire afin de pouvoir les dépister. Ainsi donc, déceler la rétention c'est connaître le pronostic.

En effet, si la rétention placentaire ne dépasse pas quelques heures, le pronostic de cette rétention deviendra celui de l'hémorragie qui accompagnera le décollement du placenta ; mais si la rétention dépasse six heures, il faudra pour établir le pronostic compter avec de nombreux facteurs. Il dépendra alors de l'abondance de ou des hémorragies, de l'asepsie des organes génitaux de la femme, du moment de l'intervention qu'il s'agisse de tamponnement, de curage digital ou de curettage instrumental ; il dépendra aussi, et surtout, de l'asepsie des mains et des instruments de l'opérateur.

---

1. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, page 453. Année 1903.

Lorsque, poussé par une nécessité inéluctable, on se trouvera dans l'obligation d'avoir recours à la curette, on devra toujours avoir présents à l'esprit les cas où elle a déterminé des fausses routes et des perforations utérines qui ont amené des péritonites localisées ou généralisées, et pour lesquels la malade n'a dû quelquefois son salut qu'à une laparotomie immédiate et à une hystérectomie abdominale. Comme une telle opération ne peut se faire au pied levé, et que, si elle est possible dans une clinique où l'on peut réunir immédiatement, en dehors du confort instrumental, les aides nécessaires et indispensables, elle devient impossible au praticien de province, encore moins lorsqu'il est isolé à la campagne, celui-ci devra donc avoir recours de préférence aux irrigations intra-utérines, au tamponnement intra-utérin, ou mieux encore, au curage digital fait suivant les règles formulées par le professeur Budin, suivi ensuite d'expression abdomino-vaginale et d'écouvillonnage.

Si, à la suite de la rétention, l'infection survient, il faudra alors tenir compte des accidents observés, de la femme chez qui on les observe, de la virulence de l'agent pathogène qui en est la cause, du moment où l'infection a pris naissance, du milieu dans lequel elle évolue. Le pronostic différera encore qu'il s'agisse d'une infection locale ou d'une infection générale.

Il faudra penser plus loin encore, aux traces parfois indélébiles que laissent derrière elles l'infection et

les formes multiples sous lesquelles elle se cache, à la phlegmatia alba dolens survenant chez une femme qui a eu un mouvement de température à peine marqué ; à l'embolie, autre redoutable complication ; à l'infection para-utérine, capable de déterminer des adhérences souvent douloureuses; aux métrites chroniques qui s'établissent à la suite de l'infection utérine et qui deviennent la cause d'avortements à répétition, de lésions des trompes et des ovaires, qui conduisent la malade au bout d'un laps de temps plus ou moins éloigné, entre les mains d'un chirurgien qui met fin à ses douleurs par une hystérectomie abdominale totale.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une rétention prolongée pour laquelle on n'a pas été consulté, on réservera son pronostic, en pensant à l'évolution tardive possible d'une néoplasie bénigne ou maligne.

Dès lors, étudier le pronostic de l'avortement, c'est étudier le pronostic de ses complications, c'est-à-dire de la rétention placentaire et des suites qu'elle est capable d'engendrer, et que nous allons retrouver aux chapitres suivants en étudiant l'hémorragie et l'infection.

Il ne nous paraît pas devoir faire rentrer dans le cadre que nous nous sommes tracé le pronostic qui relève de l'avortement thérapeutique, lequel est bénin en tant qu'opération, non plus que celui qui concerne les avortements consécutifs à une maladie infectieuse ou générale, et c'est donc à dessein que nous n'en parlerons pas.

Rétention placentaire.

Ses causes. — Sa durée. — Ses complications. — Ses différentes formes. — Ses anomalies.

La rétention placentaire doit être considérée comme une des complications de l'avortement, et non des moins graves, puisque par elle, les femmes sont sujettes à une durée plus prolongée de l'avortement, à des contractions utérines douloureuses, à l'hémorragie et à l'anémie consécutivement, à une force de résistance moindre pour lutter avec avantage contre l'envahissement microbien, et puisque, à cause d'elle, les femmes qui en sont atteintes, sont sous le coup d'hémorragies, d'infection puerpérale ou de production pathologique greffée sur la portion placentaire adhérente.

La rétention placentaire connue des auteurs anciens, n'avait cependant pas fait le sujet d'études approfondies, et c'est surtout aux auteurs modernes, que nous sommes redevables de cette étude.

Si l'arrière-faix peut être retenu seul, il existe aussi des cas, où l'œuf complet et décollé éprouve de grandes difficultés à franchir la portion cervico-segmentaire.

Les contractions utérines ne s'exercent pas toujours, en effet, d'une façon suffisante pour rompre

l'œuf, et bien que décollé, il n'arrive pas toujours à se frayer un chemin à travers le col long et épais. Or, dans les premiers mois de la grossesse, le col n'a pas encore subi un ramollissement tel qu'il puisse se dilater aisément, et l'utérus, de son côté, n'a pas encore atteint un développement musculaire capable de vaincre facilement la résistance que lui opposent les parois rigides du col.

Quand, sous l'influence des contractions, l'œuf s'est trouvé rompu, que le col plus ou moins dilaté a permis à l'embryon d'être expulsé, les difficultés d'expulsion subsistent encore pour l'arrière-faix, la délivrance devient lente et pénible, et demande a être d'autant plus surveillée que l'avortement se produit dans les quatre premiers mois de la grossesse.

Il nous sera facile de comprendre la difficulté, qui résulte pour l'utérus, d'expulser les membranes et le placenta, en nous reportant au tableau de Hecker (1) sur l'accroissement comparatif du fœtus et de ses annexes.

	Poids du fœtus	Poids du placenta
Troisième mois . .	11 gr.	36 gr.
Quatrième mois . .	55 gr.	80 gr.
Cinquième mois . .	273 gr.	178 gr.

Nous voyons par ce tableau, la disproportion considérable qui existe entre le poids du fœtus et

---

1. Colomby. *Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement.* Thèse Paris, 1898.

celui du placenta d'un œuf de trois mois ; l'on s'explique alors, que le col qui doit subir des contractions qui s'exercent sur un poids total de 47 grammes, se distende suffisamment pour laisser passer un embryon de 11 grammes, tandis que, lorsque celui-ci s'est échappé, lorsque les contractions ont subi un temps de repos pendant lequel le col s'est ressaisi, reformé et refermé, et cela d'autant plus vite qu'il aura été moins distendu, les contractions ne portant plus directement sur les 36 grammes restant, ceux-ci se trouvent emprisonnés dans l'utérus, jusqu'à ce que l'involution utérine se faisant, l'utérus arrive au contact du corps étranger qu'il renferme, et détermine à nouveau des contractions qui amèneront son expulsion. Mais lorsque celui-ci est engagé dans le col, les contractions utérines portant à faux, cessent bientôt et comme le canal cervico-segmentaire est doué de muscles trop faiblement contractiles pour suffire à son expulsion, il en peut résulter de graves désordres. Au contraire, si l'avortement a lieu aux environs du cinquième mois, la rétention placentaire n'est plus guère à redouter ; en effet, en considérant le tableau ci-dessus mentionné, nous voyons que le poids du placenta (178 gr.) est sensiblement inférieur à celui du fœtus qui pèse alors 273 grammes. Dans ces conditions, le col n'aura pas le temps de se refermer d'une façon suffisante pour emprisonner le placenta derrière lui, et l'on assistera à une répétition de ce qu'eût été l'accouchement à terme. Nous

avons considéré la rétention au troisième mois, c'est-à-dire à une époque où le placenta commence à se différencier, et au cinquième mois, époque, où il l'est définitivement, en sorte que le décollement se fera facilement, les membranes n'étant plus guère adhérentes à l'utérus que par le placenta.

Mais, lorsque l'avortement se fait à une époque plus rapprochée du moment de la conception, et précisément jusqu'aux environs du troisième mois, c'est-à-dire, lorsque le placenta n'est pas encore différencié et où les villosités choriales sont nombreuses et fortement adhérentes sur tout le pourtour de l'utérus, qu'adviendra-t-il? Sinon que le décollement sera beaucoup plus laborieux, beaucoup plus lent, facilitant la rétention, surtout lorsque les contractions insuffisantes pour décoller les membranes, le seront pourtant pour rompre l'œuf et expulser l'embryon. L'état du muscle utérin et du col explique ces phénomènes : « La structure musculaire, dit Colomby (1), certainement plus accentuée et moins rudimentaire qu'aux premières semaines de la grossesse, n'est cependant pas encore assez complète, sa contractilité n'est pas aussi puissante qu'à la fin ; aussi, ses contractions prématurées et faibles, certainement assez énergiques pour briser l'œuf, ne sont pas suffisantes pour lutter contre des adhérences du placenta à la paroi utérine, et la rigidité du col.

---

1. Colomby. *Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement*. Th. de Paris, 1898.

Le col, nous le savons, n'a pas encore subi à cette époque les modifications et le ramollissement que l'on constate à terme ; il offre donc une plus grande dureté et partant, résiste davantage à la sortie du placenta. C'est de cette lutte inégale que résulte la lenteur du travail et la rétention dans l'avortement. »

Lorsque la rétention est établie, le placenta affecte certaines relations vis-à-vis de l'utérus que nous allons étudier ; mais, quelle que soit sa façon d'être, la rétention placentaire se termine toujours suivant deux alternatives, c'est-à-dire qu'elle peut être suivie d'accidents tels que les hémorragies, la septicémie et toutes ses conséquences, de production pathologique aussi, ou bien elle se termine sans accident, soit que le placenta ait été éliminé spontanément ou artificiellement.

Or, nombreux sont les cas où la prudence et la raison commandent d'intervenir et d'aider à l'expulsion du placenta. Peut-être, pourrait-on ranger ces cas sous la dénomination d'avortements compliqués, laissant entendre par là qu'une intervention opératoire a eu lieu, mais que la femme, cependant, n'a subi aucune atteinte infectieuse.

Une des formes fréquentes de rétention est celle qui est connue sous le nom de rétention cervicale secondaire ; dans cette forme, l'œuf chassé de l'utérus se trouve retenu dans le col. Lorsqu'on pratique le toucher dans ces conditions, on peut sentir parfois, tantôt occupant exclusivement le canal du col, une masse molle, lisse, sphérique, donnant l'im-

pression d'une bille qui obstruerait l'orifice et ne se laisserait explorer que sur un de ses pôles. C'est cette sensation que nous avons éprouvée tout récemment chez une femme dont les pertes hémorragiques avaient fait pratiquer le toucher.

L'examen au speculum montra le col entr'ouvert et une membrane grisâtre dans l'orifice. La pression abdomino-vaginale expulsa le placenta.

Tantôt, s'avançant dans le vagin, elle forme une tumeur polypoïde glissant sous le doigt, souvent friable ; elle se déchire par morceaux lorsqu'on la pince entre les doigts, et se retrouve par lambeaux grisâtres dans les lochies, ou bien, dans les cas favorables peut être attirée ou expulsée en un seul bloc dans le vagin, et de là à l'extérieur.

Tantôt, bien qu'engagés partiellement dans la partie supérieure du col, le placenta ou les membranes restent sur une étendue plus ou moins grande, adhérents au pourtour de l'utérus, et on observe alors une rétention spéciale et très commune, dite « rétention cervico-segmentaire », dans laquelle l'arrière-faix pend comme un battant de cloche au milieu de la cavité formée par la réunion du col et du segment inférieur, cavité à parois minces, sans contractilité efficace, par opposition avec celles du corps aux parois épaisses, mais revenues sur elles-mêmes. Le délivre n'adhère plus que par son pédicule plus ou moins long, plus ou moins mince, qui remonte dans le segment supérieur. On n'a pas à compter dans ces cas sur l'expulsion spontanée, car

la région utérine capable de contractions expulsives, c'est-à-dire le corps proprement dit, ou segment supérieur, est rétracté, et le canal cervico-segmentaire est doué de muscles trop faibles pour chasser les corps étrangers qu'il renferme, et surtout pour en supprimer les attaches au segment supérieur » (Budin) (1).

Parfois l'utérus, après avoir eu des contractions suffisantes pour ouvrir l'œuf et expulser le fœtus ou l'embryon, subit un temps de repos, pendant lequel non seulement le col se referme, mais qui permet encore aux membranes et placenta de rester adhérents. Dans les jours qui suivent, on continue à observer un léger écoulement qui peut être pris pour des lochies, et en considérant l'état du col on peut croire que l'avortement est terminé. Si cet état continue un certain temps, une ou deux semaines, quelquefois davantage, on est porté à se confirmer dans cette idée et on voit alors les malades reprendre leurs occupations.

Ce n'est toutefois que d'une façon momentanée, car le décollement se faisant peu à peu, détermine des hémorragies qui attirent l'attention et décèlent la rétention, et l'on assiste en quelque sorte à une nouvelle fausse-couche.

C'est dans ces cas que l'on observe ces hémorragies répétées qui anémient les malades et les

---

1. Budin et Demelin. *Manuel pratique d'accouchements*, 1904.

épuisent beaucoup moins par l'abondance de chacune d'elles, que par leur répétition.

Il est encore des cas où le placenta se trouve expulsé hors de l'utérus soit d'une façon spontanée, soit d'une façon artificielle, tout en laissant derrière lui des débris de membranes ou de cotylédons adhérents à l'utérus.

Il se trouve encore certaines formes de rétention sur lesquelles on a appelé récemment l'attention.

Déjà, dans ses leçons de clinique obstétricale de 1887-1888, le professeur Budin signalait un cas de rétention placentaire tel, que la main introduite dans l'utérus avait donné l'impression d'un utérus vide, et cependant la femme n'avait pas été délivrée ; le cordon s'était trouvé rompu au niveau de son insertion sur le placenta et la paroi interne de la matrice était absolument lisse. Cependant une partie des membranes descendait dans la cavité vaginale (1).

Il s'agissait dans ce cas d'une femme accouchée à terme, l'examen avait été pratiqué par un chef de clinique, son expérience ne pouvait être mise en doute, et cependant le cas fut embarrassant ; *a fortiori*, combien sera plus grand encore l'embarras que l'on éprouvera, lorsqu'on se trouvera en présence d'une grossesse de quelques mois qui ne permettra pas l'introduction de la main entière, mais seulement d'un doigt ou deux, pour aller à la recherche d'un placenta qu'on ne trouve pas.

1. Budin. *Société d'obstétrique*, Paris, 16 janv. 1902. Discussion.

C'est afin de bien connaître ces cas que nous allons rapporter les deux observations publiées par le Dr Brindeau (1).

Dans sa première observation, il s'agit d'une jeune multipare enceinte de quatre mois environ : « Elle se présente à l'hôpital en apportant un fœtus qu'elle vient d'expulser. Etat général excellent. Pas de température. Pas de lochies fétides. Pas d'hémorragies. Les douleurs avaient complètement cessé et la sage-femme qui l'envoyait, spécifiait bien que la délivrance n'était pas faite. Pendant 48 heures, tout resta normal, écoulement sanguin insignifiant et douleurs nulles. Je pratiquai alors le toucher vaginal, et je vis que le col avait une tendance à se refermer, surtout au niveau de l'orifice interne. Je me décidai à intervenir. La femme étant endormie, je pus pénétrer assez facilement dans l'utérus et je fus étonné de ne pas rencontrer le placenta.

En effet, le doigt circulait dans une cavité lisse, régulière, ne rencontrant aucune saillie.

En examinant de plus près, la pulpe de l'index reconnut quelques flexuosités qui ressemblaient à des vaisseaux ombilicaux ; de plus, la surface était lisse et glissante, comme quand on touche une poche des eaux. Je portai alors le doigt en bas, très près de l'orifice interne, et je sentis un rebord mince sous lequel je pus passer ; je sentis que je décol-

---

1. Brindeau, *Société d'obstétrique*, causes d'erreur dans les cas de rétention placentaire.

lais le placenta en même temps qu'un peu de sang s'écoulait au dehors. La séparation placentaire se fit alors sans difficulté, et je pus extraire l'organe en faisant de l'expression abdomino-vaginale.

Dans ce cas particulier le placenta était resté adhérent et, l'utérus étant revenu sur lui-même, toute la cavité se trouvait être tapissée par le placenta. Le cordon était rompu à son insertion. »

Dans la seconde observation, il s'agit d'une forme de rétention fort curieuse, appelée rétention par enchâtonnement, et que l'on peut constater lorsque l'œuf s'est greffé dans une des cornes de l'utérus, dans le voisinage de l'orifice de la trompe ; dans ce cas, l'utérus encadre si bien le placenta que sa présence n'est pas décelée si l'examen n'est pas très approfondi, et surtout si l'on n'a pas présente à l'esprit la possibilité de cas semblables.

Voici d'ailleurs *in extenso* cette seconde observation. Comme il sera facile de le constater, il s'agit ici d'une toute autre forme de rétention que dans l'observation précédente.

« Il s'agissait d'une femme enceinte de trois mois et demi environ, qui expulsa son embryon chez elle. La sage-femme qui la soignait attendit pendant trente-six heures la sortie de l'arrière-faix. Voyant que rien ne sortait, elle l'envoya à l'hôpital. A son entrée les douleurs étaient nulles, la température normale ; mais il s'écoulait un liquide très fétide par le vagin. Je me décidai à intervenir immédiatement. La malade fut endormie, et je priai l'interne de vou-

loir bien faire l'extraction du placenta. Il introduisit deux doigts dans l'utérus, fit une exploration assez longue et me dit que la cavité utérine ne contenait rien. Je lui dis de recommencer son examen et, après quelques instants, il me fit la même réponse. Je pratiquai à mon tour le toucher, et je trouvai une cavité utérine absolument vide. Je sentais un utérus petit, très rétracté, dans lequel le doigt évoluait très facilement. Un peu étonné, j'insistai à nouveau, en ayant soin d'explorer tous les angles, quant au bout de quelques minutes je trouvai un prolongement situé à gauche et en avant, dans lequel l'index pénétrait. Je poussai plus loin mon doigt, et je vis qu'il y avait une arrière-loge qui contenait tout le placenta complètement adhérent. Cette portion de l'utérus était restée très mince et molle si bien que, par le toucher et le palper combinés, c'est à peine si l'on sentait l'arrière-cavité. Je parvins assez facilement à décoller et à extraire le placenta et je pus me rendre compte que l'utérus, une fois vide, était absolument régulier et ne gardait aucune espèce de trace de bifidité. Dans ce cas, il s'agissait d'une inertie portant sur la surface d'insertion placentaire. »

Enfin, le professeur Budin rappelle la possibilité d'une erreur lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus double. Si le toucher est pratiqué dans ces conditions, on peut faire un examen positif ou négatif, suivant que le doigt se sera engagé ou non dans l'utérus renfermant le placenta.

Le placenta ainsi retenu adhérent dans l'utérus,

comment va-t-il s'y comporter? Que va-t-il devenir? Pendant combien de temps est-il capable d'y séjourner sans occasionner d'accidents ?

Autant de questions auxquelles nous allons nous efforcer de répondre.

Pour Desormeaux, le placenta qui restait attaché aux parois de l'utérus continuait de se nourrir et de s'accroître, et prenait l'apparence d'une masse charnue dans laquelle on rencontrait quelquefois des kystes hydatiques.

On a prétendu que certaines femmes atteintes de rétention placentaire avaient pu concevoir dans cet état, et avaient rendu le placenta de l'œuf abortif avec le placenta normal ou à sa suite.

Dechambre fait, sur ces cas, de prudentes réserves et il se demande si l'on n'a pas pris pour le placenta d'une grossesse antérieure l'œuf avorté d'une grossesse primitivement gémellaire.

S'il est possible d'admettre que le placenta, resté adhérent à l'utérus, peut ne se séparer de lui qu'au bout d'un laps de temps fort variable (Ambroise Paré et Richard ont retrouvé à l'autopsie des délivres retenus jusqu'à la mort, sans avoir provoqué d'accidents), pour se décoller ensuite et apparaître frais et rosé, comme si le fœtus venait d'être expulsé quelques heures auparavant, il est moins facile d'admettre qu'il continue à se nourrir, et surtout à s'accroître, sans qu'il n'ait donné lieu à une production pathologique.

« Le fait est peu probable, car la circulation fœto-

placentaire n'existant plus, la circulation utéro-placentaire doit être considérablement réduite, sinon totalement supprimée. Il est plus facile d'admettre, pour accepter cet état, une sorte de vie obscure, se maintenant par imbibition, comme cela a lieu pour les organes ou les tissus dépourvus de vaisseaux. Bien loin de s'accroître, il est des cas où le placenta, au moment où il est expulsé, est au contraire petit, flétri, ratatiné ; il a diminué d'épaisseur et ressemble à une galette aplatie ; sa coloration est d'un blanc grisâtre, il a subi des métamorphoses régressives, la dégénérescence graisseuse » (Tarnier).

A côté de ces faits, admis aujourd'hui par tous les auteurs, il en est d'autres fort curieux, et qui méritent d'être cités. Tel est celui cité par Guillemeau qui, observant une femme qui ne fut pas délivrée à la suite d'un avortement devint enceinte quatre mois après, et accoucha à terme, sans qu'on ait pu retrouver les traces de l'arrière-faix, d'où l'idée de la possibilité de l'absorption.

Nœgelé, en 1828, publia une série d'observations du même genre (1). Velpeau, P. Dubois admirent cette théorie. Toutefois, elle eut ses détracteurs, et certains auteurs firent remarquer que l'absorption par la muqueuse utérine n'était pas prouvée, que les circonstances sont favorables aux méprises, l'observation des faits, toujours incomplète, et d'autres théories se firent jour pour s'opposer à celle-ci.

Colomby. *Recherches sur la rétent. du placenta dans l'avortement.* 1898.

On fit remarquer la possibilité et la grande facilité pour le placenta de se dissimuler et de passer inaperçu au milieu des caillots sanguins, et de tromper ainsi la perspicacité du médecin. On a objecté aussi les cas où la femme, prise d'envie de pousser, croit avoir besoin d'aller à la garde-robe, et en manière de selles expulse son placenta.

Si le placenta peut ainsi se dissimuler lorsqu'il n'est pas divisé, il lui sera bien plus facile encore de passer inaperçu si, les hémorragies se répétant, il s'élimine par petites portions saines ou si, ayant subi certaines modifications dans la composition du tissu, celles-ci le font tomber en deliquium, et facilitent ainsi son expulsion au milieu du sang et des lochies.

Enfin, Tarnier fait observer que, si le placenta reste longtemps dans l'utérus, ses tissus peuvent subir des modifications comparables à celles qu'on observe dans la grossesse extra-utérine. « Dans celle-ci, dit-il, longtemps en effet, après la mort du fœtus, on ne retrouve du placenta que des noyaux qui font une légère saillie sur la paroi du kyste ; les tissus sont tombés en deliquium et il ne reste plus que la charpente fibreuse de l'organe. Si l'on admet que dans l'avortement l'arrière-faix puisse subir des modifications analogues et une destruction aussi lente, il est vraisemblable que la plus grande partie du placenta et des membranes sera éliminée insensiblement sous la forme d'un détritus qui se mélangera aux lochies et tombera dans le vagin, après avoir traversé le col utérin resté perméable. »

Alors, quand faut-il dire qu'il y a rétention placentaire ? A quel moment le pronostic va-t-il commencer à s'assombrir, par la considération des complications possibles dues au placenta retenu dans l'utérus ?

Pour P. Brion (1), dans la très grande majorité des cas, et comme dans l'accouchement, la délivrance a lieu dans la première heure qui suit l'avortement.

Pour Ribemont-Dessaignes (2), il y a rétention lorsque la délivrance n'est pas faite quatre heures après l'expulsion de l'embryon.

Pour Varnier (3), la rétention du placenta est l'exception, et la rétention prolongée au delà de vingt-quatre heures, l'extrême exception.

D'après les statistiques de Tarnier et Budin, les chiffres diffèrent sensiblement ; d'après ces auteurs, c'est dans les six heures en moyenne qui suivent la sortie du fœtus qu'a lieu l'expulsion spontanée de l'arrière-faix ; et d'après Tarnier la rétention placentaire post-abortive qui se fait le plus souvent au troisième et au quatrième mois de la grossesse s'observe à peu près dans la proportion d'une fois sur cinq.

---

1. Brion. Th. de Paris. *Etude critique sur 530 cas d'avortement*, 1889.

2. Ribemont-Dessaignes. *Précis d'obstétrique*, 1904.

3. Varnier. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance. De la délivrance dans l'avortement*, t. V et VI, 1893.

D'après une statistique personnelle, relevée sur le registre de la Maternité de Saint-Antoine, nous avons relevé 149 interventions pour rétention placentaire, (qu'il s'agisse de placenta, de ses débris, de membranes ou de caduque), sur un total de 410 avortements, ce qui fait, à peu près, une rétention pour trois avortements.

La rétention post-abortive qui se fait le plus souvent, s'observe du deuxième au troisième mois, puis vient, la suivant d'assez près, celle du premier au deuxième mois, et déjà bien loin derrière elle, celle du troisième au quatrième mois de la grossesse, et celle du quatrième au cinquième.

Sur les 149 cas de rétention, 60 cas se produisirent du deuxième au troisième mois, 45 dans le deuxième, 24 dans le quatrième, 16 dans le cinquième, et 4 dans le sixième.

Doit-on incriminer la multiparité et l'accuser d'être une cause de rétention ? On pourrait répondre par l'affirmative, si nous en croyons notre statistique qui, pour 149 cas de rétention, nous montre que celle-ci a eu lieu 91 fois chez des multipares et 58 fois seulement chez des primipares.

La plupart des cas de rétention se termine par une expulsion plus ou moins tardive, allant de quelques heures à quelques jours, parfois à quelques semaines ; c'est là la terminaison la plus habituelle, à la suite de quelques hémorragies, l'arrière-faix est expulsé. Cependant, pour si rares qu'ils soient, il existe des cas où la rétention placentaire s'éter-

nise et dure alors des mois, voire même des années.

Que va-t-il advenir de la masse placentaire ainsi retenue ?

Elle va pouvoir constituer une complication de la rétention, complication dont l'évolution se manifestera d'une façon plus ou moins précoce.

« C'est ainsi que le placenta peut demeurer attaché aux parois de l'utérus, continuer à se nourrir et à s'accroître, et prendre l'apparence d'une masse charnue dans laquelle on rencontre quelquefois des kystes hydatiques » (Desormeaux) (1).

Une autre transformation des débris du tissu des villosités restées dans l'utérus est celle qui donne lieu, exceptionnellement, dit Budin (2), à la formation de certains polypes du corps dont l'évolution, le plus souvent bénigne, donne lieu à une variété de déciduomes bénins, nommés autrefois fauxpolypes.

Au lieu de quelques débris, il peut y avoir un fragment plus ou moins volumineux du placenta retenu, il peut alors se greffer sur l'utérus, modifier sa structure, devenir scléreux ; il peut aussi être le point de départ de néoplasies variées, telles que le sarcome chorio-cellulaire et le déciduome malin (Toupet et Hartmann) (3).

---

1. Desormeaux. *In Dictionnaire* en 21 vol. t. III, décembre 1821.

2. Budin et Demelin, 1904.

3. Toupet et Hartmann. *Annales de Gyn.*, 1895.

Audebert et Sabrazès (1) de Bordeaux rapportent un cas de placenta retenu dans l'utérus, ayant d'abord proliféré, puis régressé ensuite ; ce qu'ils considèrent comme un exemple de néoplasie placentaire avortée.

Récemment une thèse soutenue en décembre 1904 par le Dr Estéoulle (2) renferme un travail sur la destinée des débris placentaires retenus dans l'utérus, en dehors de toute infection concomitante.

Ce qu'il tient à faire remarquer, c'est la survie extraordinairement prolongée des éléments placentaires fœtaux, cause des néoformations pathologiques.

Il s'inscrit en faux contre l'appellation de déciduomes bénins, donnée aux polypes, il en donne la raison suivante : les polypes placentaires n'ont rien de commun avec la caduque, ils sont formés essentiellement par des villosités choriales, non par des cellules déciduales : elle crée en outre une confusion regrettable avec les déciduomes vrais, hypertrophies pseudo-néoplasiques dérivant, elles, des éléments de la caduque.

Suivant les conclusions de cet auteur, lorsque des fragments plus ou moins volumineux, de tissu placentaire, se trouvent retenus dans la cavité utérine, sans infection concomitante, ces débris placentaires

---

1. Audebert et Sabrazès. « Rétent. plac. ». *Annales de Gyn.*, 1897.

2. Estéoulle. *Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires*, 1904.

ne se nécrosent pas. Ils conservent leurs connexions vasculaires avec la paroi utérine, continuent à vivre et prolifèrent parfois : ils constituent alors ce que l'on a appelé les polypes placentaires.

Enfin, poursuivant l'étude des polypes placentaires, il constate qu'ils peuvent présenter dans leur structure anatomique, de grandes variations.

Il s'agit le plus souvent, dit-il, de métamorphoses régressives variées, telles que sclérose du stroma, des villosités choriales, formation à ce niveau de dépôts calcaires, transformation hyaline.

Puis, donnant le résultat de l'étude histologique qu'il fit de ces cas, il constate que le revêtement des villosités choriales, syncitium et cellules de Langhans, persiste pendant très longtemps et qu'il a pu le reconnaître sur un polype placentaire datant de treize mois.

Tantôt, dit-il, le stroma de la villosité se sclérose, dégénère, mais le revêtement syncitial prolifère et pousse des prolongements plus ou moins volumineux.

A côté de formes que l'on pourrait grouper sous le nom de néoformations rétro-placentaires bénignes existe une autre production qu'une thèse soutenue dernièrement (1) range sous la dénomination de placentome malin, enrôlant sous ce titre tous les autres synonymes : sarcome déciduo-cellulaire, déciduo-sarcome, chorion-épithéliome, déciduome malin.

1. Ollivier Beauregard. Thèse du 8 décembre 1904. *Contribution à l'étude du placentome malin.*

En donnant cette appellation de placentome à ces sortes de tumeurs, l'auteur indique que la cause nécessaire à leur développement est une grossesse, et que leur point de départ se trouve dans le placenta.

C'est, en effet, dans l'épithélium des villosités du placenta que ces tumeurs prennent naissance. Le caractère des éléments qui les composent, c'est une aptitude, une affinité particulières pour l'envahissement, la destruction et la manifestation de leur malignité, par leur facilité à se généraliser et à créer des métastases.

C'est naturellement à l'âge de l'activité génitale que l'on rencontre le plus fréquemment ces néoplasies, c'est-à-dire de 22 à 32 ans, à un âge par conséquent où l'on rencontre rarement le cancer utérin.

Si l'on en croit la statistique de Briquel rapportée par l'auteur, rarement la grossesse qui précède la formation du placentome se fait normalement.

Sur 204 cas, 50 fois seulement la grossesse fut normale.

— 65 fois, il y eut avortement.

— 84 fois, production de môles hydatiformes.

— 5 fois, grossesse tubaire.

Quelle que soit la rapidité du début, qu'il se fasse à une date plus ou moins rapprochée de la fausse-couche, la marche du placentome est rapide, le pronostic fatal, si une intervention précoce et complète n'est pas intervenue.

La survie dépasse rarement trois ans.

HÉMORRAGIE

Hémorragie symptôme et Hémorragie complication Ses formes. — Sa gravité.

Il faut, à notre sens, considérer l'hémorragie dans l'avortement, sous deux aspects différents, et l'envisager : 1° comme symptôme de l'avortement ; 2° comme une de ses complications.

1° L'hémorragie, symptôme de l'avortement, est un phénomène qui, pendant la grossesse, annonce ou accompagne cet accident.

Lorsque l'hémorragie ne dépasse pas les bornes d'un symptôme, elle ne présente pas pour la femme de gravité qui expose ses jours ; bien souvent, et surtout dans les premières semaines de la grossesse, elle n'empêche pas la femme de vaquer à ses occupations journalières, elle reste suffisamment bénigne pour ne pas même l'obliger à s'aliter : à peine se plaint-elle de douleurs un peu plus violentes que d'habitude, de pesanteurs plus pénibles dans le bas-ventre, de tiraillements plus accentués du côté des reins, d'un écoulement plus abondant, et de la présence de quelques caillots. Parfois, l'écoulement sanguin obligera la femme à s'aliter pendant quelques jours ;

si elle pense à appeler le médecin, il pourra constater la fausse-couche, mais trouvera, quelquefois, dans sa cliente une malade incrédule et beaucoup plus portée à penser que c'est la fatigue ou le surmenage qui lui doivent ces règles douloureuses et plus abondantes que de coutume. Que de fois aussi, n'avons-nous pas dû faire œuvre de diplomatie pour nous faire pardonner ces suppositions jugées, par elle, injustement fondées. C'est que, dans ces cas, le décollement du placenta et l'expulsion de l'œuf entier se font en une seule fois, et que l'hémorragie ne dure que le temps pendant lequel le placenta se sépare de l'utérus et en est expulsé.

Si la femme qui éprouve ces symptômes a coutume de s'observer, elle se rendra compte que ses règles ne sont pas survenues à l'époque attendue, et la remarque en sera d'autant plus facile que les menstrues antérieures étaient plus régulières.

Mais, combien sont nombreuses les femmes qui ne peuvent vous répondre sur la régularité de leurs époques, sur la date antérieure de l'une d'elles. Dès lors, il est facile de s'expliquer l'insouciance de certaines femmes, en présence d'une fausse-couche de six semaines, et l'ignorance même, dans laquelle elles se trouvent, de la réalité de la fausse couche. De là à l'idée de bénignité attachée à cette hémorragie il n'y a qu'un pas ; et en réalité, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'avortement accompli dans ces conditions, c'est-à-dire au début

de la grossesse et avec expulsion d'un œuf complet est sans gravité.

2o Aussi, sans nous attarder plus longtemps, nous passerons à l'étude de l'hémorragie, complication de l'avortement, et nous l'envisagerons dans ses différents degrés de gravité.

La gravité de l'hémorragie, et partant, le pronostic, semble dépendre de plusieurs facteurs, de l'âge de la grossesse, de la vie ou de la mort du fœtus, de la rétention placentaire.

L'abondance de l'écoulement paraît augmenter, en quelque sorte, d'une façon proportionnelle avec l'âge de la grossesse, et il est d'ailleurs assez rationnel de penser qu'il en doit être ainsi ; les vaisseaux se développant suivant une progression croissante et parallèle au développement du fœtus, afin de subvenir aux exigences de son accroissement ; le placenta acquérant une surface d'insertion plus large et fortement vascularisée, et enfin la clinique montrant que les hémorragies observées, soit pendant le travail, soit après l'accouchement, sont plus abondantes et souvent plus graves que celles qui accompagnent l'avortement.

Malgré ces réflexions, il faut cependant faire observer qu'il s'établit entre ces deux hémorragies une différence bien nette. En effet, l'hémorragie consécutive à un accouchement se fait, pour ainsi dire, en une seule fois, et dans un laps de temps relativement limité ; l'hémorragie de l'avortement, au contraire, se fait le plus souvent par à-coups successifs

et répétés, et avec une durée dans le temps fort variable, et si l'hémorragie de l'accouchement paraît plus abondante, c'est surtout parce qu'elle se manifeste en une seule fois, c'est aussi parce que le placenta, à cette époque, le seul point de vascularisation en connexion avec l'utérus, se déchire en un court espace de temps. « Tandis qu'à une époque peu avancée, lorsque le placenta n'est pas encore nettement limité, lorsque la plupart des villosités choriales restent en activité circulatoire » (Tarnier). « Ces connexions ne peuvent cesser, même dans un seul point, sans qu'il y ait perte. Aussi l'hémorragie est-elle d'autant moins abondante, que la fausse couche a lieu plus près du terme de la viabilité. Elle est forte jusqu'à trois mois, moins forte après ce terme, rare après le quatrième mois » (Chailly Honoré) (1). Si l'hémorragie produite dans un avortement où l'œuf vivant et très vasculaire laisse place à toutes les appréhensions, il est bien évident qu'elle devient beaucoup moins abondante et partant, d'autant plus bénigne qu'il s'agit d'un avortement dont l'œuf est mort, et dont la mort remonte déjà suffisamment loin pour que les vaisseaux aient pu régresser. Et s'il est vrai que le « besoin crée l'organe » il est exact de dire aussi, en cette circonstance du moins, que l'organe tend à disparaître, lorsque la fonction n'existe plus ; or le produit de conception

1. Chailly Honoré. *Traité prat. de l'art des accouchements*, 1853.

n'utilisant plus, du fait de sa mort, la circulation utéro-placentaire, celle-ci se modifie, se ralentit, tend à se suspendre, si bien que le placenta se décollant, ne donne plus lieu qu'à une hémorragie, dont l'abondance varie en sens inverse de la date plus ou moins rapprochée de la mort du fœtus.

Si le symptôme hémorragie annonce ou accompagne l'avortement, l'hémorragie, en tant que complication, est un phénomène qui s'observe le plus souvent quand l'avortement se fait en deux temps après l'expulsion du fœtus au moment du décollement du placenta, et souvent alors, devient lui-même symptôme d'une autre complication. Nous avons nommé : la rétention placentaire.

Les anciens auteurs s'étaient déjà bien rendu compte de ce phénomène qu'ils observaient et Gardien (1) pouvait écrire :

« Toutes les fois que l'hémorragie utérine a lieu, on doit craindre qu'il y ait au moins un décollement partiel du placenta. La femme reste sujette à des pertes tant que les secondines n'ont pas été expulsées. » Et Chailly Honoré voulait y voir l'indication pour l'accoucheur d'intervenir, afin d'aider à la délivrance et soustraire la femme aux dangers de l'hémorragie.

C'est dans ces cas que les hémorragies prennent parfois une gravité exceptionnelle, après avoir été un sujet d'ennuis et d'inquiétudes. On comprend

1. Gardien. *Traité complet d'accouchements et des maladies des femmes,* t. II, 1824.

aisément, qu'elles puissent se produire à chacun des mois de la grossesse, mais il est bien évident qu'elles seront plus fréquentes à l'époque où l'expulsion de l'œuf se fait en deux temps et lorsque le col de l'utérus suffisamment ouvert pour laisser échapper le fœtus retiendra l'arrière-faix encore accolé à ses parois. Dès lors, chaque contraction utérine tendant à détacher le placenta donnera lieu à une nouvelle hémorragie. Si les contractions sont fortes, répétées, l'hémorragie se fera en une seule fois et se terminera le plus souvent avec l'expulsion du placenta.

Mais si, après une première contraction, l'utérus cesse de se contracter, l'hémorragie, plus ou moins abondante, finira cependant par s'arrêter dès qu'un caillot aura oblitéré le vaisseau béant par suite du décollement placentaire. Dès lors, il pourra rester ainsi à l'état de repos pendant plusieurs heures, ou même plusieurs jours avant qu'une nouvelle contraction se produise, entraînant un nouveau décollement et une nouvelle hémorragie. Chacune des contractions suivantes amènera donc une nouvelle perte de sang, jusqu'à ce qu'enfin non seulement, le placenta soit décollé mais aussi expulsé ; en d'autres termes, tant que la présence d'un corps étranger dans l'utérus y amènera un afflux de sang, et déterminera des contractions. On comprend facilement que chacune de ces hémorragies, prise en elle-même, ne soit pas d'une grande importance et que la quantité de sang perdue à chacune d'elles n'as-

sombrisse pas le pronostic ; mais il n'en est plus de même lorsque l'on considère la quantité de sang perdue par l'ensemble des hémorragies, et l'on se rend compte alors facilement, des phénomènes généraux graves que peut présenter parfois la malade.

Voici ce que disent à ce sujet Tarnier, Chantreuil et Budin : « Les hémorragies modérées, dans un grand nombre de cas, peuvent être abondantes et devenir même inquiétantes. On les observe aux différentes périodes de l'avortement, soit au début quand, sous l'influence des contractions, l'œuf se détache des parois utérines, soit après l'expulsion du fœtus et avant la sortie parfois tardive de l'arrière-faix, soit enfin au moment de la délivrance ou après elle.

Toutes ces hémorragies sont tantôt continues, avec ou sans exacerbation, tantôt intermittentes, et se produisant à des moments indéterminés et souvent séparés les uns des autres par plusieurs heures ou plusieurs jours. »

Ces hémorragies répétées, intermittentes, indiquent très bien le travail excessif de l'utérus pour éliminer les annexes du fœtus, travail bien pénible et bien lent, interrompu, d'instants en instants, par des mouvements de repos pendant lesquels l'utérus semble se remettre, reprendre haleine avant d'entreprendre une nouvelle contraction, de faire un nouvel effort (Delestre) (1).

---

1. Delestre. *De l'avort.*, 1904.

Sous quelle forme se manifestera l'hémorragie ? Le plus souvent c'est contre une hémorragie externe que nous aurons à lutter. « Le sang arrive alors à l'extérieur à mesure qu'il sort des vaisseaux, il est liquide et s'écoule sous forme de nappe ou de flots successifs ; quand, au contraire, il séjourne quelque temps dans les voies génitales, il s'y coagule, et ce n'est que par instants, qu'il fait irruption hors de la vulve » (Tarnier). Les caillots atteignent parfois des proportions fort respectables, on a signalé des caillots de la grosseur d'une tête de fœtus, aussi ne faut-il pas se laisser tromper et croire à l'arrêt de l'hémorragie, lorsqu'en pareil cas le sang liquide se trouve accumulé dans les culs-de-sac vaginaux, tandis que le caillot, sur le point d'être expulsé, obstrue l'orifice vulvaire. Dans ces cas, lorsqu'on pratique le toucher on ramène une quantité plus ou moins considérable de caillots de volume variable, de couleur noirâtre, parfois formant de véritables « amas fibrineux qui peuvent être pris pour l'œuf lui-même » (Ribemont). Lorsqu'on a vidé ainsi la cavité vaginale, le sang liquide apparaît de nouveau et s'écoule par la vulve.

Une autre forme de l'hémorragie est l'hémorragie interne. C'est-à-dire que l'écoulement sanguin, au lieu de se faire jour entre les membranes et l'utérus, de parcourir le vagin et d'arriver à la vulve, reste caché dans l'utérus, et sépare le placenta des parois utérines correspondantes. Cette hémorragie n'a pas toujours été acceptée sans discussion.

Aujourd'hui, le nombre des observations d'hémorragie interne est trop imposant pour que sa réalité et sa gravité soient mis en doute. Le plus souvent, cependant, elle est externe ou mixte.

Quels seront les signes qui, sur notre malade, marqueront les étapes de la gravité croissante de l'hémorragie ?

Lorsque les malades auront eu des pertes successives, fréquentes, répétées et abondantes, lorsqu'elles auront été épuisées par ces pertes hémorragiques, il se manifestera chez elles un sentiment de lassitude, d'épuisement, de disparition des forces ; les femmes seront anémiées, les conjonctives et les muqueuses seront pâles, le teint décoloré ; à ces phénomènes, il convient d'en signaler un autre sur lequel Velpeau a attiré l'attention dans une observation relative aux accidents consécutifs à la fausse couche (et parue dans l'*Abeille médicale*, numéro 10, octobre 1846, troisième année, page 285).

« Nous voulons parler, dit-il, de cette céphalalgie intense, qui survient chez les individus qui ont perdu une grande quantité de sang. Il faut être prévenu de ces douleurs de tête qui souvent sont très vives et tourmentent les malades ; même quand les accidents, dont ils sont l'effet, ont été arrêtés depuis quelque temps ».

Et il recommande d'avoir bien garde de ne pas employer les sangsues apposées derrière les oreilles, ni les antiphlogistiques, mais, bien au contraire, les reconstituants du sang.

Tel est, le plus souvent, le terme des hémorragies que l'on observe, et Ribemont-Dessaignes considère « que ces hémorragies sont beaucoup moins graves que celles qui surviennent au cours de la délivrance, chez une femme à terme ou près du terme ». Telle est, d'ailleurs, l'opinion dominante des auteurs.

Cependant, pour si rares qu'elles soient, les hémorragies de l'avortement qui se terminent par la mort, n'en existent pas moins, et rien n'est pénible comme d'assister à la mort d'une femme qui succombe à une hémorragie.

Il est une classe de femmes que guette principalement ce dénouement fatal, ce sont les hémophiles.

Leur sang, dont la composition est peu favorable à la coagulation, coule indéfiniment jusqu'à la dernière goutte en dépit des soins et des secours les plus zélés; elles se meurent en quelques heures devant des spectateurs impuissants et terrifiés par la brutalité des faits. Le spectacle offert par ces malheureuses est douloureusement triste ; comme les soldats qui sont blessés, elles demandent à boire, sans parvenir à étancher leur soif, à rafraîchir leur bouche et leur langue desséchées; leur visage prend une couleur de cire, leurs lèvres, leurs gencives ont pris la teinte pâle du corail rose ; leurs yeux sont agrandis, cernés, excavés en l'espace de quelques instants, leurs conjonctives décolorées, les globes oculaires roulent dans l'orbite, s'arrêtant parfois pour dévi-

sager les assistants, et dans un moment de lueur d'esprit chercher sur des figures consternées un rayon d'espérance ; elles ne savent plus comment poser leur tête et sans cesse la déplacent, tandis qu'elles se plaignent de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, d'obscurité de la vue ; leur corps n'est pas moins agité que leurs pensées, et elles ne cessent de le déplacer, leurs mains glacées cherchent à agripper autour d'elles, et semblent vouloir par là, essayer de se rattacher à une branche de salut ; mais toute cette agitation bruyante n'est le plus souvent qu'une course plus rapide vers la mort ; la respiration s'embarrasse, devient courte, superficielle ; le pouls diminue de force, augmente de fréquence jusqu'à devenir bientôt incomptable, et tandis qu'ont lieu les derniers spasmes de la respiration, les derniers battements cardiaques cessent bientôt d'être perçus par l'oreille.

A côté de ce tableau symptomatique effrayant il en existe un autre dont les symptômes sont aussi inquiétants, mais dont l'issue est plus rarement fatale, je veux parler des hémorragies à forme syncopale, « ce que Pinard appelle la forme syncopale de l'avortement » (Ribemont) (1). « Il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses, impressionnables, parfois anémiées par des hémorragies antérieures, et qui, pendant le travail, et avec une perte minime de sang, sont prises de malaises, de vertiges, de refroidisse-

1. Ribemont-Dessaignes. *Précis d'obstétrique*, 1904.

ment des extrémités, de pâleur de la face, de petitesse du pouls, de lipothymies et de syncopes » (Delestre) (1). Mais, le plus souvent, ces symptômes généraux sont plus effrayants qu'ils ne sont réellement inquiétants.

L'importance de l'hémorragie augmentera encore la gravité du pronostic, suivant qu'elle surviendra chez une femme de forte constitution, de santé robuste, ou chez une femme déjà anémiée par le travail, par les veilles, ou pour toute autre raison de tempérament faible et maladif ; autrement dit, chez l'une la réparation se fera rapidement, la perte sanguine sera allègrement supportée ; chez l'autre l'état de moindre résistance dans lequel elle se trouvera, risquera de la voir succomber à une perte qui sera jugée cependant de faible importance.

C'est avec toute cette gradation de symptômes qu'il faudra compter pour établir le pronostic de l'hémorragie au cours de l'avortement.

Pour si rarement mortelle qu'elle soit, l'hémorragie est cependant une complication qui doit retenir l'attention, car elle place la femme qu'elle anémie dans de mauvaises conditions de résistance, dans le cas où il surviendrait de l'infection utérine.

---

1. Delestre, *De l'avortement*, 1904.

Infection puerpérale dans l'avortement.

I. — *Ses trois grandes causes. — Microbes aérobies et anaérobies.*

II. — *Ses formes. — Statistique de la Maternité de Saint-Antoine.*

I

L'avortement ne bénéficie pas toujours de cette bénignité dont parlent certains auteurs, et qu'on se plaît, avec trop de complaisance, à lui attribuer dans le monde extra-médical. L'avortement, tout comme l'accouchement, et peut-être même plus souvent que lui, est capable d'amener à sa suite l'infection puerpérale.

Les causes pour lesquelles les avortées s'infectent sont multiples ; mais il en est trois dont dérivent toutes les autres ; ce sont : le manque de soins, la provocation criminelle de l'avortement, la rétention placentaire fréquente.

1° Trop nombreuses, en effet, sont les femmes qui ne se préoccupent pas d'une perte hémorragique abondante survenue après un retard de six semaines, de deux mois, et qui considèrent cette perte, comme de simples menstrues trop abondantes.

Ne se préoccupant pas de l'élimination ou de la rétention du placenta, elles continuent leur travail habituel jusqu'au jour où, l'infection s'étant déclarée, la fièvre et leur état général devenu mauvais les obligent à s'arrêter et à se soigner. Parmi ces femmes il y en a qui, de bonne foi, ignorent leur avortement, et de ce fait, le négligent, soit qu'elles ne tiennent aucune comptabilité de leurs menstrues, soit qu'elles fassent partie de cette classe de dysménorrhéiques chez lesquelles un retard de quinze jours ou d'un mois est chose coutumière. Mais il est un groupe important de femmes qui tiennent à tenir caché leur avortement : ce sont celles qui l'ont provoqué ou fait provoquer.

Il nous a été donné de remarquer aussi que les femmes du peuple ignoraient souvent l'avantage qu'on pouvait retirer de l'injection vaginale.

Un préjugé rencontré fréquemment veut que l'on banisse l'injection vaginale au moment des pertes sanguines. Certaines femmes poussent même si loin cette proscription, qu'elles rejettent les soins prescrits par l'hygiène la plus élémentaire. Elles ne font aucune toilette vulvaire, ne mettent aucune garniture propre, aucun linge blanc pendant toute la durée de leurs époques, si bien que, lorsqu'il s'agit d'un avortement, les micro-organismes qui séjournent dans le vagin, trouvent dans le sang coagulé ou dans les caillots sanguins un bouillon de culture tout à fait favorable à leur pullulation.

Lorsque l'infection vaginale est ainsi établie, l'infection utérine est bien près de suivre.

Chez d'autres, l'usage de l'injection est pour elles la cause de leur infection, parce qu'elles ne connaissent pas ce que c'est que l'asepsie, et qu'elles négligent la propreté la plus rudimentaire. Leur bock n'est jamais flambé ; l'eau bouillante n'y passe même jamais ; leur caoutchouc n'est jamais bouilli, et leur canule traîne, avec le reste d'ailleurs, dans les endroits les plus poussiéreux et dans les coins tapissés de toiles d'araignées. La canule en verre, si propre et si facilement stérilisable à l'eau bouillante, ne leur convient pas, et elles préfèrent la canule de gomme durcie, dont on ne peut contrôler la propreté intérieure, mais qui est moins fragile.

2° Si la facilité de l'infection à la suite de l'avortement était mieux connue des femmes, peut-être y aurait-il aussi moins d'avortements criminels. Or, nous savons que sur cent cas relevés dans sa pratique personnelle Blondel (1) eut la certitude que cinquante-deux cas étaient dus à des manœuvres abortives. Comme on le voit, la proportion ne manque pas d'être inquiétante.

Autrefois, les femmes qui désiraient se faire avorter avaient recours à de multiples breuvages dans lesquels l'ergot de seigle, la rue, la sabine, l'armoise entraient dans une large part. Le résultat était souvent négatif, toujours incertain ; aussi, les matrones

---

1. Blondel. *Bull. soc. d'obst.*, p. 135, 1902.

ne tardèrent pas à agir d'une façon plus directe. Elles firent intervenir l'aiguille à tricoter, la tringle de rideau ou autre tige rigide du même genre. Elles arrivaient ainsi à percer les membranes et à faire périr l'œuf qui était expulsé quelques jours plus tard. De nos jours, leur manuel opératoire ne s'est guère enrichi. Malheureusement, l'asepsie n'est pas ou peu connue de ces femmes, si bien qu'elles pourraient compter à leur actif de nombreux désastres, si elles n'avaient coutume de conseiller aux malheureuses qui s'en remettent entre leurs mains d'appeler un médecin, ou de se rendre à l'hôpital si « cela allait mal ». Parfois elles déploient une telle violence dans leurs manœuvres qu'elles enfoncent leur aiguille dans la paroi utérine et vont même jusqu'à la perforer de part en part, ce qui détermine une mort rapide par péritonite généralisée. C'est ce qu'il nous a été permis de constater dans l'observation suivante.

En 1902, le 22 octobre, une femme C... P..., âgée de 40 ans, ménagère, entrait dans un service de chirurgie de Beaujon.

Elle éprouvait depuis trois jours de violentes douleurs abdominales. Ces douleurs s'irradiaient vers les reins, les cuisses, les aines, dans le bas-ventre et autour de l'ombilic.

Aux interrogations qu'on lui posait, la malade ne répondait que par un mutisme absolu et restait dans une réserve pleine de sous-entendus. Le soir de son entrée à l'hôpital, la température était de 38°6, le

lendemain matin elle était tombée à 37°6. Le pouls battait à 120 pulsations à la minute.

Le facies était celui des réactions péritonéales. La langue était sèche ; on remarquait des vésicules d'herpès sur le pourtour des lèvres. Pendant la visite du matin, la malade a eu un grand frisson, et l'on a constaté qu'elle avait des pertes odorantes et louches. A l'inspection, le ventre est tendu, ballonné. Au palper, le bas-ventre, utérus et annexes sont surtout douloureux.

Au toucher, le vagin est chaud, très sensible. L'utérus est en rétro-flexion, immobilisé par une collection douloureuse dans le cul-de-sac postérieur et latéral droit

Devant les réticences de la malade, la gravité de son état général, on se borne au traitement médical. Durant la journée suivante, les phénomènes vont s'accentuant. Aux vomissements bilieux, succèdent des vomissements fécaloïdes ; le pouls est devenu petit, rapide, filiforme, incomptable ; la température ne dépasse guère la normale.

La malade succombe.

Le chef du service prescrit l'autopsie pour le lendemain ; mais la famille a devancé son idée, et a mis opposition. Il y réplique en refusant le permis d'inhumer, et l'autopsie est faite à la Morgue. Quelques jours après, il nous revenait qu'il s'agissait d'une péritonite consécutive à une perforation utérine faite au cours de manœuvres abortives.

Si pareil accident est capable de survenir entre

les mains de matrones qui font métier de cette triste besogne, quels sont ceux qu'on ne pourra rencontrer lorsque des manœuvres criminelles auront été pratiquées par des mains inexpérimentées ou par les femmes elles-mêmes. Toutes les lésions, toutes les perforations sont possibles, lorsqu'une femme apeurée, affolée par la faute qu'elle a commise, veut tenter de faire périr le fruit de ses amours. L'esprit garni des racontars de commères, elle rentre chez elle, et seule, pour que personne ne connaisse ni sa faute, ni son crime, elle introduit une aiguille dans son vagin, et le plus souvent, n'arrive à déterminer que des excoriations ou des piqûres du col de la matrice ou des parois vaginales ; parfois, devant l'impuissance de ses manœuvres, elle les renouvelle avec plus d'énergie et détermine des perforations des culs-de-sac ; ou bien, si elle a pu introduire l'aiguille dans le col, elle pénètre dans le muscle utérin, où il lui arrive aussi de déterminer des perforations utérines.

3° Parfois, à la suite de ces manœuvres, l'avortement paraît devoir se faire dans de bonnes conditions ; l'embryon est expulsé, mais l'arrière-faix ne se détache pas. Les heures s'écoulent, les jours passent, la femme a des hémorragies répétées, et le placenta reste toujours adhérent. Alors la femme s'anémie, l'œuf ouvert s'infecte soit par le fait du manque d'asepsie et de soins des voies génitales, soit à cause de touchers faits sans une asepsie rigoureuse des mains, soit à la suite de manœuvres d'extraction,

le plus souvent à cause du manque d'asepsie qui a présidé aux manœuvres abortives.

Ou bien, comme il arrive parfois, l'avortement a eu lieu spontanément, mais l'arrière-faix ne se détache pas et s'infecte, malgré les précautions prises immédiatement.

Il se peut alors que l'infection soit due au réveil d'un microbe qui vivait à l'état latent dans l'utérus, et qui se réveille et pullule dans l'excellent bouillon de culture que lui fournit la plaie béante de la portion placentaire plus ou moins détachée. On a même constaté des cas où, à chaque nouvelle poussée de température, correspondait un nouveau décollement partiel du placenta.

Si on admet en général que, tant que l'œuf est intact, le liquide amniotique reste aseptique et normal, il est des cas cependant où la putréfaction que l'on constate lorsque l'œuf est ouvert peut atteindre le liquide amniotique, alors même que l'enfant est vivant, et son infection n'est pas sans danger pour lui.

Cette infection peut être due à un retentissement sur le fœtus d'une affection maternelle (1).

Ces deux derniers cas sont, évidemment, l'exception, et le plus souvent l'infection provient du manque d'asepsie des mains. On sait la difficulté qui

---

1. « De l'infection amniotique avant l'ouverture des membranes », par Lehmann. *Bul. Soc. Obst. de Paris*, p. 105, année 1899.

existe à se rendre les mains aseptiques; or, les femmes qui font profession d'avorteuses négligent le plus souvent cette précaution élémentaire, qui consiste à se laver les mains, et à les aseptiser aussi rigoureusement que possible. A plus forte raison, négligent-elles l'asepsie des instruments qu'elles emploient.

Elles peuvent ainsi devenir le foyer d'une véritable épidémie d'infection puerpérale, et avec l'infection, colporter et inoculer de l'une à l'autre le germe d'autres maladies contagieuses.

On peut se faire une idée de la gravité que prendra l'infection, lorsqu'une femme, se servira d'un instrument sur lequel la rouille et la poussière se seront accumulées. Qu'une déchirure du muscle utérin ou sa perforation aient lieu, et c'est la mort certaine de la femme, à moins qu'une laparotomie ne permette une hystérectomie précoce, mais, malheureusement, non toujours curable.

Certes, l'infection par auto-inoculation doit pouvoir exister, mais ce n'est pas le *modus faciendi* habituel de l'invasion microbienne. Le plus souvent, le microbe se trouve être apporté de l'extérieur (nous avons vu comment) et se développe dans le vagin ou l'utérus, sous l'influence de la chaleur qui favorise son réveil, et du milieu qu'il rencontre : caillots sanguins, débris de placenta, qui lui sont un terrain des plus favorables à son développement.

Quel est donc l'agent microbien qui détermine l'infection puerpérale ?

Les recherches de Widal l'ont fait connaître ; et pour lui, qu'il s'agisse d'accidents puerpéraux localisés ou d'accidents puerpéraux généralisés, c'est toujours le même microbe qui doit être incriminé, à savoir : le streptocoque.

Le streptocoque semble bien être le microbe incontestablement le plus fréquemment rencontré ; mais il n'est pas le seul cependant, et il semble difficile d'éliminer le staphylocoque qui, en entretenant les suppurations utérines, conduit les malades à l'endométrite chronique et aux annexites graves (1) (Doléris).

A côté de ces deux principaux agents, on a cité toute la flore microbienne pathogène.

Mais, que l'on ait trouvé le gonocoque, le colibacille, le bacille de la diphtérie, du tétanos, le pneumocoque ; il ne peut s'agir évidemment que de trouvailles exceptionnelles.

A côté du streptocoque, il faut faire une large part aux organismes anaérobies.

Si l'on considère, en effet, l'odeur infecte et pénétrante des lochies, les phénomènes de la putridité, le sphacèle, on admettra qu'ils tiennent un rôle important dans l'infection puerpérale.

Avec la virulence de l'agent pathogène, avec la quantité plus ou moins grande des microbes, l'infection puerpérale augmentera de gravité. Elle sera

---

1. Conclusions du rapport du Dr Doléris. Congrès international, 1901.

plus dangereuse encore en temps d'épidémie que lorsqu'il s'agira d'un cas isolé, comme l'a bien montré M. le professeur Budin.

Elle dépendra beaucoup aussi de la résistance de la malade. Une femme anémiée, fatiguée, épuisée par le travail ou la maladie se trouvera incontestablement dans de mauvaises conditions de résistance.

II

Nous nous sommes demandé quelles étaient les formes sous lesquelles se manifestaient le plus fréquemment les accidents consécutifs à un avortement.

Nous avons, pour tendre vers ce but, feuilleté les registres de la Maternité de Saint-Antoine et, afin d'avoir des résultats le moins possible entachés d'erreur, nous avons fait porter nos recherches sur plusieurs années ; nous les avons commencées lors de l'ouverture de la Maternité en mai 1897 et nous les avons arrêtées à la fin de décembre 1904.

Voici, condensé en un tableau, le résultat de ces recherches :

	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	Totaux.
Accouchements...	837	1274	1331	1470	1374	1320	1213	1056	= 9875
Avortements.....	58	118	174	190	209	244	241	203	= 1437
Avortements normaux	37	45	77	72	72	118	120	88	= 629
Avortements compliqués.....	14	32	44	69	66	50	70	69	= 414
Avortements pathologiques....	3	31	44	52	70	72	55	40	= 367
Morts.....	3	1	3	2	2	4	7	5	= 27

Que l'on ne s'étonne pas de trouver au nombre des accouchements de chaque année des chiffres différents de ceux qui sont portés sur les registres en regard du dernier accouchement, en voici la raison :

Les avortements étant portés tantôt avec un numéro qui leur est propre, tantôt étant en double d'un numéro précédent, j'ai dû pour avoir un chiffre exact tantôt les soustraire du nombre total des accouchements, tantôt ne pas tenir compte du numéro, le numéro *bis* de l'avortement annulant le numéro précédent de l'accouchement.

On voit donc, en consultant le tableau ci-dessus, que, pour 9.875 accouchements, on a eu à soigner 1.437 avortements, ce qui donne une proportion de 1 avortement pour 6 à 7 accouchements. Malheureusement, ce chiffre est forcément inexact, et voici pourquoi : Les femmes qui viennent accoucher à la Maternité sont toutes, pour le plus grand nombre tout au moins, des femmes besogneuses, disposant de peu de temps et de peu d'argent, redoutant de perdre leur place et leurs occupations par une absence un peu prolongée ; or, ces femmes viennent toutes à l'hôpital au moment de leurs couches et pour la durée des suites de couches ; mais qu'elles fassent un avortement de six semaines, de deux mois, elles considéreront cet accident comme insignifiant ; elles continueront à travailler, et ne se décideront à venir à l'hôpital que si elles sont menacées de quelques graves complications.

La vérité résiderait, je crois, dans une proportion

légèrement modifiée, et qui donnerait un avortement pour cinq à six accouchements.

A l'appui de cette idée, je ferai la remarque suivante. Pourquoi reçoit-on d'urgence à l'hôpital, tant de femmes dont le premier temps de leur avortement s'est fait en ville ? Je crois que l'on peut répondre : parce qu'elles ne seraient pas venues du tout à l'hôpital, parce que ni médecins, ni sages-femmes n'auraient été consultés, s'il n'était survenu soit un mouvement de température, soit des hémorragies, soit une rétention placentaire.

Cette idée reçoit sa confirmation dans la lecture même des registres, où l'on peut lire en regard du numéro de l'entrante, température à l'arrivée = 0°, ou bien encore : hémorragie, ou cette mention : entre pour une rétention placentaire, expulsion du fœtus faite depuis plusieurs jours.

Si ces raisons n'étaient pas convaincantes, on pourrait étudier la proportion des avortements normaux, par rapport au nombre total des avortements.

Reportons-nous à notre tableau, nous voyons que pour un total de 1.437 avortements 629 seulement se sont faits spontanément, sans aucune aide, sans aucun secours ; c'est-à-dire que, pour 1 avortement spontané, il en est 3 qui réclament le secours de l'art ; exactement 1,22 pour 2,80 et par conséquent, lorsque trois femmes avortées arrivent à l'hôpital parce qu'elles s'y trouvent forcées par la nécessité, on peut dire avec raison qu'il y en a au moins une

qui échappe à la statistique et qui fait son avortement en ville, à l'insu du médecin et sans accident.

Nous venons de voir que pour 1 avortement spontané il y en avait trois qui réclamaient le secours de la thérapeutique : Pour certaines de ces avortées, il suffit parfois de faire un nettoyage de la cavité utérine, soit par un curage digital ou un écouvillonnage, soit à l'aide de la curette, ou de tout autre moyen, pour voir cesser la rétention ou les hémorragies, *sans phénomène d'infection ;* c'est à ces cas que nous appliquons l'épithète d'*avortements compliqués.* Nous voulons indiquer par là qu'il y a eu une manœuvre instrumentale, mais que cependant, la femme n'a pas éprouvé aucune atteinte d'infection microbienne. Il n'y a pas eu complication infectieuse mais une intervention opératoire qui est venue compliquer l'avortement.

Nous donnons l'épithète de pathologique à tout avortement qui a été suivi de phénomènes infectieux. Si, dans ces conditions, on a dû faire appel aux manœuvres instrumentales, il est bien évident qu'il ne peut plus s'agir d'un simple avortement compliqué : Il a pu l'être au début, et devenir ensuite pathologique ; mais, lorsqu'il y a d'abord eu infection, c'est un avortement pathologique pour lequel on a fait appel à une thérapeutique instrumentale, ce n'est plus un avortement compliqué.

Ceci dit, afin de faciliter la compréhension du tableau ci-dessus, continuons-en l'étude.

Nous voyons que le nombre des avortements compliqués s'élève à 414, ce qui veut dire que sur 5 avortements on rencontre 1 avortement compliqué, et que pour 2 avortements spontanés il y en a 1 pour lequel il faut intervenir : exactement 1,62 pour 2,45.

Les proportions sont sensiblement les mêmes en ce qui concerne les avortements pathologiques. Sur 5 avortements, il y en aura 1 qui aura des suites de couches pathologiques et sur 2 avortements spontanés on rencontrera 1 avortement pathologique.

Exactement : Avortements	5,6
Avortements pathologiques. .	1,4
Avortements spontanés. . .	2,4
Avortements pathologiques. .	1,4

Comme on le voit sur notre tableau, la mortalité n'en est pas exclue, et si Blondel (1) a pu présenter une statistique de 100 avortements sans un décès, il nous faut bien reconnaître que nous avons une mortalité dans cette statistique de près de 2 o/o.

Entrons maintenant un peu plus avant dans l'étude détaillée des différentes manifestations des suites de l'avortement et voyons, tout d'abord, pour-

---

1. Blondel. *Sur cent cas d'avort. Bull. Soc. d'obst.*, p. 135, 1902.

quoi sur 1.437 avortements 414 furent des avortements compliqués.

Dix-neuf fois, il fallut intervenir à cause d'hémorragies plus ou moins abondantes, ou inquiétantes par leur répétition.

Deux fois, il y eut avortement provoqué à la suite de vomissements incoercibles.

Quatre ou cinq fois, on s'est trouvé en présence de lochies fétides sans élévation de la température et ayant cédé au curage de l'utérus.

Pour le reste il a fallu intervenir parce que les femmes arrivaient de chez elle, ayant fait le premier temps de leur avortement, et pour éviter l'infection de l'œuf ouvert; ou bien, soit parce que le deuxième temps s'était accompli d'une façon imparfaite, et qu'il subsistait dans l'utérus des débris placentaires, des membranes ou de la caduque, soit parce qu'il n'avait pas eu lieu du tout et que la rétention placentaire subsistait tout entière.

Pour ce qui est des avortements ayant donné lieu à des suites pathologiques, on constate que la grande majorité des cas est composée d'accidents ayant cédé devant une thérapeutique appropriée.

Le plus souvent, c'est sous la forme d'une poussée de température, accompagnée de lochies fétides, que se manifestent les phénomènes infectieux pathologiques. La température monte rapidement à 38°, atteint souvent 39°, oscille parfois entre les deux, va même jusque 40°, puis redescend aussi vite à la normale, à la suite d'une intervention utérine.

Tantôt, c'est avant la délivrance que se manifeste cette poussée, indiquant l'infection de l'œuf ouvert ; tantôt, c'est après la délivrance, quelquefois même plusieurs jours après, le cinquième, le huitième ou le neuvième jour, au moment où tout semble devoir rentrer dans l'ordre. Cette élévation de température ne dure le plus souvent qu'une journée ou deux, parce que les accidents qui la déterminent sont immédiatement combattus.

On peut constater aussi une élévation de température, alors même que l'œuf n'est pas ouvert, et pendant le travail : c'est dans ces cas que l'on extrait un œuf exhalant une odeur fétide.

Nous avons relevé quatre fois cette mention.

Les avortements gémellaires paraissent amener souvent des suites de couches inquiétantes ; nous avons relevé cinq cas, où ils déterminèrent de l'élévation de température, mais furent suivis de guérison cependant.

Cinq fois, on dut faire suivre l'avortement gémellaire du curettage utérin afin d'éviter des complications.

Une fois, il fallut faire deux ponctions intra-utérines pour hydramnios aigu, et chacune d'elles ramena respectivement 7, puis 11 litres de liquide.

Deux fois, il s'agissait d'un avortement trigémellaire qui s'effectua normalement ainsi que dix autres cas d'avortement gémellaire. Un seul cas s'est terminé par un décès.

Deux fois une fièvre légère pendant les suites de couches vint se compliquer d'une phlegmatia double des membres inférieurs.

Deux fois il y eut de la périmétrite postérieure ; l'une d'elles se termina par une évacuation de pus par le rectum ; on dut ouvrir la seconde et la drainer. Toutes deux guérirent.

Six fois les suites de couches pathologiques se compliquèrent d'albumine dans les urines. Deux fois elles furent accompagnées de manie puerpérale.

Huit fois les phénomènes infectieux furent accompagnés, ou devancés par des hémorragies abondantes ou répétées, qui anémiaient les malades et favorisaient l'infection.

Une fois on se trouva en présence d'un utérus gravide en rétroversion avec complication de cystite.

Une fois l'infection eut lieu dans un utérus bicorne.

Une fois on constata dans les jours qui suivirent la fausse couche un érythème général.

Une fois, il y eut avortement d'une môle hydatiforme de quatre mois et demi.

Tels furent les principaux accidents qui accompagnèrent les avortements que nous avons groupés sous le nom d'avortements pathologiques.

Quelques-uns n'eurent pas des conséquences aussi bénignes et se terminèrent par la mort. C'est de ces derniers que nous allons nous occuper maintenant.

Comme nous l'avons vu, sur un total de 1.437 avortements 27 fois il y eut un dénouement fatal.

Dans le courant de l'année 1897, il y eut trois cas de mort.

Le premier d'entre eux (n° 187. Juin 1897) se rapporte à une femme qui était enceinte pour la dixième fois, d'une grossesse de quatre mois et demi.

Dans le courant du deuxième mois, elle eut une première hémorragie, accompagnée d'un violent frisson. Ces phénomènes se répétèrent trois semaines plus tard. Puis du 17 juin au 28 juin, elle perdit tous les jours avec des intermittences dans la quantité : néanmoins, son état obligea à une intervention et l'on dut faire une crâniotomie sur la tête dernière, après avoir provoqué l'accouchement avec un ballon de Champetier, rempli par 250 grammes de liquide, et après avoir fait effectuer au fœtus une évolution podalique.

Du 2 au 7 juillet, la malade eut des lochies fétides et une température variant entre 38° et 39°.

Le 8, on constate un noyau de phlébite au tiers moyen de la jambe droite, en même temps que des phénomènes de septicémie.

Mauvais état général, facies grippé, langue sèche, rôtie et sale.

Le 10, la malade présente de l'agitation, et son état général est de plus en plus grave.

Elle a du muguet sur les joues et les gencives.

Le cœur présente des phénomènes d'endocardite, bruits précipités, affaiblis et sourds.

La température axillaire monte à 41 3, et la mort survient.

Le deuxième cas (N° 270. Juillet 1897) se rapporte à une intoxication mercurielle qui aurait déterminé la mort après *une* injection intra-utérine de sublimé au 1/1000.

Le troisième (N° 719. Nov. 1897) semble une répétition du premier. Il s'agit d'une femme chez laquelle on se trouve dans la nécessité de pratiquer l'avortement, à cause des hémorragies incessantes qui l'anémient.

La pose et l'expulsion du ballon de Champetier sont suivies d'une rupture utérine sur la paroi antérieure du segment inférieur que l'on diagnostique par le toucher intra-utérin. On fait une laparotomie qui montre une hémorragie, surtout sous-péritonéale, mais ayant fusé dans la grande cavité par une déchirure du péritoine pariétal.

Malgré le sérum intra-veineux et sous-cutané que l'on fait à la malade, elle ne peut réparer l'énorme perte de sang qu'elle a faite, et elle succombe.

En 1898, l'année fut plus heureuse, et il ne se produisit qu'un seul avortement suivi de mort (N° 1004. Sept. 1898).

Il s'agissait d'une femme qui, enceinte pour la troisième fois, éprouva à la suite d'une fausse-couche de trois mois, faite en ville, des symptômes de péritonite, auxquels elle succomba malgré la laparotomie qui fut tentée.

En 1899, trois décès :

L'un d'eux est survenu à la suite d'attaques d'éclampsie (N° 735. Juin 1899). Le deuxième (N° 292. Mars

1899) survint à la suite d'un hématocèle suppuré, chez une femme enceinte de 2 mois, qui avait éprouvé avant son entrée à l'hôpital une perte abondante de sang, suivie de frisson et de température, et chez laquelle on dut pratiquer l'extraction du fœtus. L'incision du cul-de-sac postérieur amena un écoulement de pus très abondant.

Le troisième (No 222. Février 1899) eut lieu chez une femme qui, avortée en ville, entra à l'hôpital ayant eu des frissons, présentant des lochies fétides et de la température.

Elle eut quelques phénomènes de péritonisme, puis fit en deux jours un phlegmon généralisé de la jambe gauche, avec sphacèle au niveau de la cheville. En même temps survenait de l'œdème du bras droit et la femme succombait.

En 1900, il s'agit d'une femme (N° 1375. Octobre 1900) enceinte de 3 mois, qui a fait son avortement en ville depuis 3 jours, et qui entre à l'hôpital avec un ictère généralisé, et y succombe quelques heures après son entrée.

Le second de l'année (N° 855. Juillet 1900) se rapporte à une femme qui fit un avortement de 2 mois et qui, à la suite de dix injections vaginales où entrait de l'extrait de saturne, succomba à des phénomènes d'intoxication deux jours après son entrée à l'hôpital.

En 1901, deux cas (No 862 de juillet et 1459 de novembre) :

Le premier est un avortement de 4 mois et demi,

fait en ville, le second de 5 mois et demi, fait en ville aussi, tous deux eurent la même issue, ils succombèrent à la septicémie.

En mars 1902, l'éclampsie fait une nouvelle victime (N° 326) chez une femme enceinte de 2 mois et demi.

En avril (N° 411) il s'agit d'une femme enceinte de six semaines, dont les pertes sanguines sont telles qu'elles l'obligent à entrer à l'hôpital, où l'on constate que le vagin est garni de caillots, au milieu desquels on ramène le fœtus, et que l'œuf est dans le col. On retire un placenta gémellaire avec deux poches amniotiques, et l'on veut procéder au curettage de l'utérus, mais on constate que la curette ne rencontre que des parties molles. On pratique le toucher. On sent une vaste déchirure transversale, siégeant à la partie supérieure et antérieure du col.

On fait une laparotomie immédiate, et l'on trouve un hématone sous-péritonéal, répondant à la face antérieure du col, ne fusant pas sur les parois latérales.

On ferme la cavité et on tamponne le col. La femme fait une nouvelle hémorragie. On pratique une nouvelle laparotomie suivie d'une hystérectomie. La malade succombait quelques heures plus tard des suites de l'énorme saignée qu'elle avait dû supporter.

En juillet (N° 873) nouveau décès succédant à des phénomènes de septicémie consécutifs à un avortement de six semaines, fait en ville.

Le dernier cas de l'année (N° 1228. Oct. 1902) se

rapporte à une femme enceinte de quatre mois et demi, avortée en ville, et qui entre à l'hôpital, ayant une rétention placentaire très marquée, car elle ne perd pas de sang, et pour laquelle on fait un curettage et un écouvillonnage, après avoir pratiqué la dilatation digitale.

Les lochies sont légèrement fétides, presque normales ; la malade dit avoir eu des pertes de sang abondantes durant sa grossesse, ce qui expliquerait la pâleur qu'elle présente.

Elle ne tarde pas à être prise de suffocations terribles et qui se rapprochent de plus en plus, pour se terminer dans une syncope cardiaque.

Pendant l'année 1903, il y eut sept cas de mort. Le premier cas (n° 401. Avril) se rapporte à une femme atteinte d'albuminurie gravidique (1 gramme par litre) et qui entre, dans un état de maigreur effrayant, n'ayant plus que la peau sur les os ; le facies est grippé, la pupille dilatée, le pouls incomptable. Elle délire et meurt.

Le deuxième cas (n° 459. Avril) est un avortement de deux mois fait en ville. La femme arrive à la Maternité avec un hoquet incessant, et des vomissements fécaloïdes ; toute intervention est jugée inutile, et elle meurt de péritonite aiguë généralisée.

Le troisième cas (n° 1155. Octobre) n'est qu'une répétition du précédent.

Deux autres cas (n° 208, Février, et 838, Juillet) ont trait à des avortements de quatre mois et demi et de trois mois, tous deux faits en ville, et amenés à la

Maternité avec des phénomènes septicémiques ; tous deux ayant de l'ictère, des phénomènes de péritonite, et la seconde avortée présentant en outre une phlébite de la jambe droite.

Le sixième décès s'est présenté chez une femme enceinte de quatre mois, ayant eu des vomissements incoercibles, et amenée dans le coma. On tenta néanmoins l'avortement mais inutilement ; la femme succombait quelques heures plus tard.

Le dernier (no 1230) concerne un avortement de deux mois fait en ville. Depuis le 31 octobre, jour où la femme a eu une hémorragie, elle a perdu tous les jours, assez abondamment jusqu'au 4 novembre, jour où elle entre à l'hôpital.

A son arrivée elle se plaint de maux de tête, ses muqueuses sont décolorées, elle est pâle.

Sa température est de 36o4, son pouls bat à 84 pulsations à la minute mais est faible et mal frappé.

Le doigt, introduit pour pratiquer le toucher, rencontre dans le vagin une masse pâteuse, assez résistante, de forme globuleuse, emplissant le vagin, repoussant l'utérus en haut. Elle se continue à travers le col mou et béant par une sorte de pédicule qui pénètre dans la cavité utérine. Elle se laisse déchirer par le doigt et on constate que l'on a affaire à un caillot fibrineux.

On en pratique le morcellement, l'odeur en est très fétide. Durant ces manœuvres la femme n'a pas eu de pertes sanguines ; néanmoins on fait un

tamponnement intra-utérin, mais la femme épuisée meurt quelques heures plus tard.

En 1904 il y eut cinq décès :

L'un d'eux (n° 1197. Décembre) eut lieu, à la suite de treize accès d'éclampsie, chez une femme enceinte de cinq mois.

Le second cas se produisit (n° 1221. Décembre) pour un avortement gémellaire pour lequel on dut faire une laparotomie.

Le troisième (778 *bis*. Août) se rapporte à une intoxication mercurielle, suite d'injection intra-utérine.

Le quatrième (827. Août) survint à la suite de phénomènes infectieux généralisés et de péritonite dans un avortement de quatre mois et demi.

Le dernier (n° 713. Juillet) survint à la suite de septicémie ; nous reviendrons plus loin sur cette dernière observation.

Comme on l'a vu, la septicémie et l'hémorragie sont les adversaires les plus fréquents. L'albuminurie, les vomissements incoercibles, l'intoxication réclament aussi leurs victimes.

Tels sont les phénomènes que nous avons rencontrés dans l'étude de nos observations, il nous en faut malheureusement citer d'autres encore, dont : l'abcès de l'utérus et les foyers de la gangrène des parois de l'utérus puerpéral.

Le Dr Brindeau (1) a rapporté l'observation d'une

1. *Bulletin de la Soc. d'Obs. de Paris*, du 21 mars 1901.

femme atteinte d'abcès de l'utérus ; nous ne pouvons mieux faire que la reproduire.

« Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, au deuxième mois de sa grossesse, expulse son embryon. Le soir elle entre à l'hôpital Saint-Louis. A son entrée on notait une grande prostration ; la langue était sèche, le pouls petit, le thermomètre marquait 38°.

Le 1er février au matin, elle présentait du subictère. L'abdomen non ballonné était douloureux.

Au toucher le col est presque fermé, l'utérus gros, mais peu douloureux, l'écoulement vaginal peu abondant et fétide, la température matin 37°2, soir 38°5.

Le 2 février, on pratique la dilatation du col avec les bougies d'Hégar, et on fait un curettage qui ramène peu de débris. Température matin 37°2, soir 37o5.

Le 3, éruption confluente de vésicules d'herpès au pourtour des lèvres. Etat général toujours grave. L'abdomen n'est pas ballonné mais il est toujours douloureux à la pression.

Le 4, la femme meurt.

L'ensemencement du sang pratiqué pendant la vie a été stérile.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une grande quantité de pus. Le péritoine est vascularisé, tapissé de fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales. Toute la cavité péritonéale est intéressée. Le pus s'accumule dans le petit bassin. L'examen du pus péritonéal montre l'existence de nombreux streptocoques et coli-bacilles. Le sang du cœur reste stérile. L'utérus est gros comme un utérus gravide de deux mois environ. Au niveau de sa face antérieure il existe

une tumeur volumineuse, grosse comme un œuf de poule, très régulière, d'un rouge violacé. Cette tumeur présente un léger pertuis par lequel s'écoule un pus noirâtre.

A l'examen de l'utérus on sent à la palpation une mollesse presque fluctuante.

Au niveau du fond, nouvelle petite tumeur grosse comme une noisette, tangente à la précédente.

L'abcès est formé au milieu de la paroi utérine. On voit la cavité de la matrice tout à fait refermée ; on suit parfaitement un petit trajet qui indique que la paroi a été perforée.

Il est probable que cette femme a subi des manœuvres abortives qui ont amené la perforation de l'utérus, la production d'un abcès avec péritonite consécutive.

Ce qui nous a frappé chez cette femme c'est la gravité de l'état général, la fréquence exagérée du pouls et la faible élévation de la température.

A côté de cette complication il en existe une autre non moins redoutable étudiée par Beckmann, de Saint-Pétersbourg, dont le travail se trouve être analysé dans le journal *L'Obstétrique*, année 1900, page 473 ; je veux parler de la métrite gangréneuse ou dissécante. C'est évidemment une des formes rares d'infection puerpérale, néanmoins Beckmann dit en avoir observé douze cas en trois ans et prétend que l'affection n'est pas aussi rare qu'on veut bien le dire mais qu'il faut penser à la dépister.

Il ne faut pas confondre, en effet, les portions de parois expulsées avec des débris placentaires. L'er-

reur est d'autant plus facile qu'elles en ont l'aspect mou et spongieux.

Un des signes cliniques, appelé à favoriser le diagnostic, serait, d'après Beckmann, l'augmentation de l'utérus quelque temps après l'accouchement. Cet accroissement serait expliqué au début par l'œdème consécutif au trouble de la circulation et, plus tard, par les fausses membranes péritonitiques qui le recouvrent et le font adhérer aux organes voisins.

Les lochies présenteraient une couleur foncée, brune ou noirâtre, et ressembleraient à une infusion légère de café, elles auraient une odeur forte. Le maximum de l'écoulement et de l'odeur aurait lieu dans la troisième semaine. A ce moment, en pressant l'abdomen elles s'élanceraient de la vulve en jet, avec des gaz dans quelques cas. L'expulsion de la portion utérine nécrosée se ferait dans la quatrième semaine.

Pour Maygrier, l'élimination du séquestre aurait lieu du septième au vingtième jour (1).

Ces symptômes sont accompagnés d'un état général grave. Température 38°-40° et plus ; pouls 90 à 120 à la minute.

Si la gangrène a envahi toute la paroi, il se fera une perforation au moment où elle se détachera, et le tableau clinique sera celui de la péritonite enkystée ou généralisée.

---

1. Maygrier. *L'obstétrique*. Année 1902, p. 39.

M. Maygrier rapporte deux cas de gangrène au cours d'avortement : dans l'un, la mort est survenue trois jours après la fausse-couche ; dans l'autre, un peu plus tardivement (1).

Malheureusement il est loin d'être facile de poser un diagnostic de ce genre et la métrite dissécante est parfois une trouvaille d'autopsie.

Le pronostic est toujours empreint d'une grande gravité et la mort survient, nous dit Beckmann, dans 27, 5 o/o des cas, proportion établie sur 40 cas, dont 11 morts, avec 5 fois des péritonites dues à une perforation ; 3 fois, le séquestre avait été expulsé ; 2 fois, il tenait encore à la paroi. Dans le sixième cas la paroi utérine fort amincie céda sous une injection utérine en deux points.

Dans le septième cas, mort par péritonite à la suite du détachement encore incomplet du séquestre.

Dans les quatre autres cas, mort par infection générale.

Peut-être, pourrions-nous rapprocher de ces faits les deux observations suivantes puisées à la Maternité de Saint-Antoine :

---

1. Maygrier. *L'obstétrique*. Année 1902, p. 39. (Discussion sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie abdominale.

OBSERVATION I

Juillet 1902. N° 873.

Il s'agit d'une femme enceinte de six semaines. Ménagère. La grossesse actuelle est la quatrième ; les trois premières se terminèrent à terme, sans accident.

La malade entre à l'hôpital le 24 juillet ; elle prétend perdre du sang depuis plusieurs jours.

La température est de 39°6, pouls 140. Le facies est grippé. L'état général mauvais.

Les articulations sont douloureuses mais non enflammées.

L'abdomen présente une sensibilité exquise qui rend presque impossible le palper.

Le ventre est ballonné. Il y a du hoquet et un état nauséeux.

Pas d'albumine dans les urines.

Au toucher le col est gros, large, entr'ouvert ; on pénètre dans la cavité utérine qui ne paraît rien contenir.

Les pertes sont particulièrement fétides.

25 juillet. — Hoquet constant.

Température 40°, pouls 124.

Etat général toujours très grave.

Ecoulement toujours extrêmement fétide.

Chloroforme. Curettage. On ramène des débris noirâtres, fétides en assez grande quantité.

La curette ramène de nombreux débris en pleine putréfaction. Les écouvillons ramènent des débris de même nature.

Injection intra-utérine de solution iodée. 250 grammes de sérum.

26 juillet. — Hoquet, nausées, délire, ventre extrêmement douloureux et ballonné.

Langue sèche et sale.

Température 38°, pouls 124.

Glace sur le ventre. Injection intra-utérine iodée.

27 juillet. — Température 39°, pouls 128, même état général.

28 juillet. — Température 39°4, pouls 130. Respiration rapide, fréquente, stertoreuse.

Urines des vingt-quatre heures : 500 grammes, rouges, sans albumine.

Il s'écoule de l'utérus des débris noirâtres, extrêmement fétides.

Meurt à 11 heures du soir.

Autopsie. — 1° Poumons, œdème pulmonaire, foyers de congestion.

2° Plèvre, péricarde = 0.

3° Le cœur présente de la surcharge graisseuse ; l'endocarde a une coloration feuille-morte et présente quelques végétations.

De plus la valvule mitrale a subi complètement la dégénérescence graisseuse.

4° Rate très grosse, molle, friable.

5° Foie de coloration jaunâtre avec piqueté hémorragique, consistance molle, gardant l'empreinte du doigt.

Périhépatite.

6° Reins un peu gros, se décortiquant facilement, coloration pâle. Piqueté hémorragique.

7° Le péritoine ne présente rien de particulier ; pas d'adhérence, pas de liquide.

Sur toute l'étendue du grand épiploon des foyers hémorragiques.

8° La muqueuse utérine est *noirâtre, sphacélée*. Pas d'abcès. Rien aux annexes.

OBSERVATION II

La seconde observation (juillet 1904, n° 713) a trait à une malade, entrée à l'hôpital le 26 juillet, ayant fait en ville le premier temps de son avortement.

Sa température était de 38°6, le pouls de 140.

A l'examen on constate des pertes extrêmement fétides et noirâtres.

Le col est largement ouvert. M. Brindeau pratique le curage digital et ramène de nombreux débris.

Injection iodo-iodurée et tamponnement à la gaze iodoformée.

Deux heures après la malade est prise d'un grand frisson que l'on calme en l'entourant de linges chauds.

Le 27 juillet. — Température 37°2. On enlève le tampon qui est extrêmement fétide.

Injection intra-utérine.

Nouveau frisson, température 39°6, pouls 148.

Le 28 juillet. — Etat général de plus en plus mauvais. Nouveau frisson prolongé, température 41°, pouls 160. La respiration s'embarrasse, le pouls faiblit et la malade succombe.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Les organes ne présentent rien de particulièrement remarquable, sinon qu'ils paraissent très pâles.

L'utérus dans lequel il ne reste plus de débris placentaires, renferme du pus et sa face interne est comme *gangrenée*.

A côté de ces cas, où la mort l'emporte sur la thérapeutique, nous aurions voulu montrer que la femme qui guérissait d'un avortement pathologique conservait souvent une tare génitale et qu'elle devenait, par la suite, une cliente des cliniques chirurgicales.

Malheureusement c'est surtout auprès de la clientèle privée que ces faits se constatent le plus souvent, aussi ne pouvons-nous mieux faire que terminer en citant, à ce sujet, la statistique de Blondel qui a trait à cent cas d'avortements relevés dans sa clientèle particulière (1).

« Dix-neuf fois, dit-il, après la disparition des accidents graves, consécutive au nettoyage de la cavité utérine, des signes d'inflammation persistèrent, et j'assistai à de la paramétrite plus ou moins tenace ; cinq fois il y eut phlegmon terminé quatre fois par intervention vaginale, une fois par évacuation spontanée par le rectum. Enfin, trois fois il s'établit de la salpingo-ovarite chronique dont deux cas guérirent par le traitement médical, et un par une salpingectomie abdominale. »

A la suite de cette liste, il faut citer les cas où, consécutivement à un avortement pathologique, s'établit une endométrite chronique, qui devient à son tour une cause d'avortements, en sorte qu'il finit par s'établir un cercle vicieux que l'on ne peut rompre qu'avec la guérison de l'endométrite.

---

1. Blondel, *Société d'Obstétrique*, p. 135, année 1902.

La paramétrite, due à un premier avortement, deviendra souvent aussi la cause d'avortements ultérieurs, car elle déterminera des adhérences pelviennes qui brideront l'utérus, l'enclaveront et empêcheront son accroissement lors de nouvelles grossesses.

Tel est le bilan que laisse derrière soi l'infection puerpérale. Grande ou petite puerpéralité, les conséquences en sont toujours fâcheuses, et quand cela est en notre pouvoir, nous avons le devoir d'essayer de les éviter.

C'est un principe dont les avorteuses devraient bien s'imprégner pour le plus grand bien des malheureuses qui ont été leurs victimes et dont le nombre, hélas ! beaucoup trop grand, devrait accabler leur conscience sous le poids des remords.

Pronostic de l'avortement suivant le traitement.

1° *La règle primordiale de toute intervention est l'asepsie rigoureuse.*

2° *L'expectation pure est mauvaise. L'expectation armée est déjà plus profitable pour les malades.*

3° *Le nettoyage de l'utérus est le traitement de choix et doit se faire de préférence par le curage digital.*

Quelles que soient les idées auxquelles on obéit, que l'on se range parmi les expectants purs, parmi les interventionnistes à mains armées ou parmi les interventionnistes d'emblée, l'idée primordiale, directrice de tout traitement ayant quelque rapport avec les suites d'un avortement, doit consister à être pénétré de la nécessité d'une asepsie rigoureuse.

Quelle que soit l'intervention à laquelle on a recours, on ne doit rien entreprendre sans le couvert de l'asepsie. Lorsque rien ne commande une inter-

vention d'urgence, mieux vaut attendre que risquer d'infecter une malade.

Ce qui ne veut pas dire qu'il faut se contenter d'une expectation absolue (ce genre de traitement ne nous paraît guère profitable pour les malades), mais qu'il vaut mieux avoir recours à une expectation armée qui donne le temps d'intervenir utilement.

En négligeant cette élémentaire précaution, l'opérateur jouerait, avec un manque de conscience impardonnable, non seulement avec l'avenir génital de sa malade, mais encore il exposerait même sa vie de gaieté de cœur.

Il n'est déjà malheureusement que trop fréquent de rencontrer des malades qui doivent leurs accidents à l'impéritie ou à l'ignorance de certaines sages-femmes qui, après leur avoir procuré un avortement septique, leur conseillent de marcher beaucoup « afin de faire tomber le placenta » ou leur assurent que le « reste fondra » et qu'elles peuvent reprendre leurs occupations ordinaires (1).

Les sages-femmes qui administrent l'ergot de seigle ou ses dérivés, ergotine, ergotinine, ne sont pas moins coupables car il est omis aujourd'hui par tous les praticiens, qu'on ne doit pas administrer d'ergot, tant que l'utérus n'est pas vide, tant que la

---

1. *Traitement de l'avortement incomplet* par les Drs Chaleix, Vivie et Audebert. Bordeaux, 1896.

femme est en travail. Aller à l'encontre de ce principe c'est créer de plein gré une rétention placentaire ; car, sous l'influence du médicament, non seulement l'utérus, mais le col se contractent et même se contracturent, enfermant ainsi l'arrière-faix ou ses débris, facilitant l'infection, et par contrecoup augmentant considérablement les difficultés d'une intervention manuelle ou opératoire qui, faite d'une façon intempestive, risquerait d'amener des déchirures et des perforations.

Quelle est donc la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence d'un avortement ?

Il faut considérer différents cas suivant que l'œuf est fermé ou qu'il est ouvert, suivant qu'il faut combattre contre l'hémorragie, contre la rétention ou contre l'infection.

1° *L'œuf est fermé.* — Il y a des hémorragies répétées indiquant le travail de décollement du placenta; mais l'état général de la femme reste bon et elle ne présente pas de fièvre. Dans ces conditions le traitement se borne aux injections vaginales, à l'asepsie des voies génitales, aux lavements laudanisés.

Mais que faire si l'on se trouve en présence d'un œuf fermé mais infecté chez une femme qui offre, comme symptômes, de l'élévation de température et quelques hémorragies. Au lit de la malade la décision que l'on doit prendre ne doit pas manquer d'être troublante.

Mais si l'on se croit dans l'obligation d'intervenir

il faut après avoir aseptisé, dans la mesure du possible, la vulve et le vagin, procéder à la dilatation douce, lente et progressive du col, en ayant recours à l'anesthésie chloroformique ; le premier résultat obtenu, on s'efforcera d'atteindre le placenta, de le décoller par le curage digital, et l'on procédera à son expulsion par l'expression abdomino-vaginale.

2° *L'œuf est ouvert.* — Le fœtus a été expulsé.

A. — On se trouve en présence d'hémorragies répétées, abondantes, qui anémient la femme et risquent de compromettre sa vie. Que faire ?

On a conseillé le tamponnement vaginal selon les préceptes de Pajot, c'est-à-dire en déplissant et en garnissant de bourdonnets d'ouate tous les culs-de-sac et replis vaginaux.

Ce procédé aurait un double but : arrêter l'hémorragie, exciter les contractions utérines afin d'aider au décollement placentaire et de favoriser l'expulsion.

Malheureusement ce procédé n'a pas été sans soulever des objections. Le grand reproche qu'on lui fait est de ne pas laisser savoir si l'hémorragie s'arrête ou non, si elle ne fuse pas dans un des culs-de-sac où le tamponnement aura été insuffisant, enfin de retenir les caillots sanguins en arrière et de favoriser l'infection.

Devant les objections soulevées par ce procédé, on a conseillé le tamponnement utérin fait de gaze aseptique. La seule recommandation était de veiller à bien bourrer tous les recoins de la cavité utérine

en introduisant peu de gaze à la fois et en serrant le tampon (1).

Ce procédé n'a pas tardé à avoir ses détracteurs. Comment savoir, en effet, si le fond, si les cornes utérines surtout, sont exactement remplis. De plus, en absorbant les sécrétions utérines avec le sang qui s'écoule, le tampon devient le foyer d'une pullulation microbienne active.

Le procédé de choix devient alors le curage digital qui supprime l'hémorragie du fait même qu'il en supprime la cause.

B. — Voyons maintenant la conduite qu'il conviendrait d'adopter si nous nous trouvions en présence d'une rétention placentaire ne présentant ni hémorragies inquiétantes, ni infection.

1° On a assisté à l'expulsion de l'embryon, on a pu donner des soins antiseptiques nécessaires, il n'y a alors qu'à attendre surtout s'il s'agit d'une femme pouvant rester au lit.

L'expectation cependant ne durera au maximum que cinq jours ; au bout de ce laps de temps il sera prudent d'intervenir, afin d'éviter soit l'infection ou l'hémorragie, soit la transformation du placenta en polype ou en placentome.

S'il s'agit d'une femme besogneuse on intervien-

---

1. Grosjean. *Traité des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement utérin.* Thèse Paris, 1900.

dra par un curage digital au bout de ving-quatre heures.

2° Mais si tel est le cas susceptible d'être rencontré dans la pratique civile, ce n'est pas celui que l'on rencontre dans la pratique hospitalière. Le plus souvent l'œuf est ouvert, l'embryon est expulsé ; néanmoins la femme n'a pas d'accidents actuels, quelle solution prendre ? intervenir ou attendre ?

Il faut considérer que dans bon nombre de cas de ce genre la cause de l'avortement reste inconnue ; et le plus souvent le silence ou les réticences de la femme ne sont que l'aveu déguisé des manœuvres coupables auxquelles elle s'est soumise. Il est naturel de penser au manque d'asepsie qui a pu présider à la tentative coupable, au manque de soins depuis l'expulsion du fœtus, à la durée déjà plus ou moins longue de la rétention, à l'infection qui guette toute avortée de ce genre, et sans plus tarder il faut intervenir et aller nettoyer l'utérus : « La mortalité n'est que trop fréquente, dit le Dr Lucas (1), même lorsque l'intervention a suivi de près l'éclosion des accidents septiques lorsqu'il s'agit d'avortements criminels. L'origine de certains avortements nous paraît une indication importante en faveur de l'intervention précoce en l'absence même de toute complication. »

---

1. Dr Lucas. *Etude sur le traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.* Th. de Paris.

Le Dr Maygrier (1) partage cette opinion et il considère qu'en présence d'un avortement criminel ou supposé tel il faut procéder à l'évacuation précoce même s'il n'y a pas d'accident, et à plus forte raison si la femme présente des phénomènes d'infection. Or, d'après sa statistique sur 745 avortements, 44 étaient dus à des manœuvres abortives et sur ces 44 femmes 25 y trouvèrent la mort. C'est dire quelle en est la gravité et combien le traitement doit être à la fois radical et précoce.

Lorsqu'on procédera à l'examen d'une malade de ce genre on pourra rencontrer le placenta tombé dans le vagin ; c'est le cas le plus simple et le plus heureux qu'on puisse espérer, ou bien on sentira le placenta faisant hernie entre les lèvres du col et tombant en partie dans le vagin ou bien encore complètement retenu dans le canal cervical lui-même ; dans ces conditions il faut se défendre contre une tentation presque instinctive, celle de saisir le placenta avec une pince et de l'attirer au dehors. Cette manœuvre qui paraît être sans danger lorsque le placenta est complètement décollé, devient condamnable lorsqu'il est encore adhérent. Même lorsque le placenta est complètement détaché, s'il n'est plus absolument frais, il risque de se déchirer et on ne parvient à l'extraire que par morceaux. Lorsqu'un

---

1. Maygrier. « Pronostic et trait. de l'avortement criminel ». *L'obstétrique*, année 1903.

lambeau placentaire reste encore adhérent, toute traction exercée par une pince risque de créer de nouvelles ruptures vasculaires sans détacher d'une façon complète le morceau qu'elle a saisi (Audebert (1).

Le professeur Tarnier (2) cite le cas d'un médecin qui vit sa malade mourir d'hémorragie foudroyante, tandis qu'armé d'une pince il s'acharnait à vouloir enlever un placenta abortif.

Le danger sera plus grand encore si les adhérences entre le placenta et l'utérus sont fortes et résistantes. Persévérer à faire des tractions dans ces cas, c'est risquer d'amener avec le placenta la paroi utérine correspondante, c'est créer une large porte d'entrée à l'infection, et c'est faciliter les chances d'une perforation utérine.

On n'est pas d'ailleurs sans reprocher à la pince d'avoir produit elle-même des perforations.

« Dans la plupart des désastres opératoires cités surtout par les chirurgiens allemands : Veit, Fehling, Olshausen, il y a eu emploi, quelquefois unique, de la pince. Nous ne saurions donc en déconseiller trop fermement l'usage, dit Audebert » (1).

Ce qu'il faut faire, en pareil cas, c'est le curage

---

1. Audebert et Chaleix-Vivie. *Trait. de l'avortement incomplet.* Bordeaux, 1896.

2. Tarnier. *De l'antisepsie et de l'asepsie en Obstétrique*, p. 526.

digital, suivi de l'expression abdomino-vaginale. Le curage digital aura cet autre grand avantage de permettre de dépister la présence de ces rétentions placentaires enchâtonnées que le Dr Brindeau a signalées dans l'avortement, et dont le diagnostic permettra de sauver la femme d'une septicémie grave, sinon mortelle.

L'on agira de même s'il s'agit d'un avortement gémellaire qu'il ait été provoqué ou non.

Si l'on diagnostique une rétention cervico-segmentaire on ne comptera pas sur l'expulsion spontanée et pour éviter les accidents on ira à la recherche du placenta.

Lorsqu'il s'agira de débris placentaires dégénérés quelle sera la thérapeutique à suivre?

Au cas de polype placentaire le Dr Estéoulle préconise l'extirpation suivie d'un curettage énergique de la cavité utérine. Il ajoute qu'il est indispensable de soumettre tout polype placentaire extirpé à l'examen histologique et de surveiller de près la malade, lorsqu'on constatera au microscope des caractères suspects ; de renouveler le curettage si des hémorragies surviennent et de pratiquer l'hystérectomie si l'on trouve, dans les débris placentaires, des débris encore vivants de l'ectoderme fœtal (1).

---

1. Estéoulle. Th. Paris, 1904.

Au cas de placentome le traitement doit avoir recours au curage ou au curettage pour lesquels la plus grande prudence ne saurait trop être recommandée, car le muscle utérin se laisse dissocier même par le doigt ; il a perdu sa consistance élastique, sa paroi usée est souvent perforée, déterminant ainsi des adhérences péritonéales qui le fixent, parfois une péritonite aiguë ou une hémorragie interne (1).

C. — Nous arrivons enfin, devant ces cas où l'infection a fait son œuvre. Généralement les complications septicémiques ne se manifestent pas d'une façon bruyante et rapide, mais elles n'en sont cependant pas moins graves.

1° Le plus souvent on se trouve en présence d'une femme ayant expulsé son embryon, mais le placenta est encore retenu dans l'utérus. Que faire ? La femme n'a qu'une légère élévation de température : 37°6 à 38° ; elle se défend de toute intervention criminelle ; elle a eu des hémorragies depuis plusieurs jours mais elle ne sait pas quand l'embryon a été expulsé. Dans ce cas il faudra se borner aux prescriptions hygiéniques. Toilette de la vulve.

Injections vaginales. On pourra avoir recours aux injections intra-utérines faites à l'eau chaude, stérilisée ou bouillie (45°-50°) avec la sonde de Budin ou de Doléris. Ce sera généralement suffisant pour y mettre fin, quelquefois même pour ramener le placenta en déterminant des contractions utérines. Si

1. Olivier. Beauregard Th. Paris, 1904.

au bout de la sixième heure la rétention persiste, comme un doute sur la cause de l'avortement plane toujours, il sera prudent d'intervenir.

A l'abri de l'asepsie on pourra utiliser les ballons ou le tamponnement vaginal ou utérin ; l'expulsion du ballon ou du tampon sera souvent suivie de celle du placenta.

Nous avons vu quels étaient les reproches qu'on leur adressait, nous n'y reviendrons pas.

2° Parfois la femme est déjà fortement infectée lorsqu'elle arrive à l'hôpital.

Elle a une température élevée (39°-40°) : le placenta est retenu depuis vingt-quatre ou trente-six heures. Elle a eu des frissons, les lochies sont fétides. Dans ce cas tous les praticiens sont d'accord : il faut intervenir mais de quelle manière ?

Il faudra, avant toute intervention, nettoyer la vulve, raser, ou tout au moins couper les poils ; faire quelques injections vaginales, aseptiques ou antiseptiques au sublimé à 1/4000.

L'injection intra-utérine fera suite à l'injection vaginale, mais elle devra être faite très prudemment et aseptiquement, le bock ne s'élevant pas à plus de 40 centimètres au-dessus du plan du lit. On devra bien s'assurer que le liquide ne reste pas emprisonné dans l'utérus et revient à l'extérieur.

Mais, une fois arrivé à la limite des petits moyens, que ferons-nous si nous sommes en présence d'une rétention rebelle qui ne veut pas céder devant notre thérapeutique ?

Il nous faudra évidemment faire appel à des moyens plus radicaux et, suivant nos tendances, faire usage de la curette ou du doigt et de l'écouvillon. Voyons donc quels sont les avantages et les inconvénients réciproques de ces deux moyens de traitement.

Les défenseurs du curettage reconnaissent eux-mêmes qu'il s'agit d'une opération délicate, souvent difficile. Il en est, parmi eux, qui ont reconnu la nécessité d'associer le toucher digital pour contrôler avant l'intervention l'état de l'utérus ; après elle, sa vacuité parfaite : c'est reconnaître un des grands inconvénients du curettage, et ce qui a fait dire avec raison que le curettage constituait une opération aveugle. Lorsqu'il faut pratiquer le curettage d'un utérus on cherche à tâtons où se trouvent des débris placentaires ou membraneux, on ne sait ni ce que l'on a fait, ni ce qu'il reste à faire. L'opération devient encore plus difficile en ce sens que le cri utérin qui, à la rigueur, peut servir de guide, manque dans le curettage post-abortum, avec des parois ramollies, et qu'on ne sait jamais si l'on a fini ou s'il faut continuer. On risque ainsi d'arriver à créer une perforation.

Pour Miraschi (1), c'est surtout pendant l'introduction et la réintroduction de la curette qu'il y a quelque chance de traverser la paroi par pression, et non par section.

---

1. Miraschi. *Trait. de l'avortement*, p. 230

A ces causes de perforation, il faut ajouter celles qui résultent du ramollissement créé au niveau de l'insertion placentaire, à l'infection qui exagère la mollesse des parois, aux déviations utérines qui amincissent l'utérus au niveau de l'angle.

La perforation, dit Macé (1), peut avoir lieu artificiellement par les instruments, et c'est la curette, et surtout la curette fine, longue, mince, à bords tranchants et insuffisamment coudés sur la cupule de l'instrument, qu'il faut incriminer. Cela peut être aussi l'hystéromètre, la pince.

Ces perforations se feront plus facilement encore, lorsque l'on curettera un utérus, où il y aura eu formation d'abcès intra-utérin consécutif à une piqûre faite dans le muscle, ou lorsque la paroi sera atteinte par la gangrène.

Blondel (2), dans sa statistique, rapporte deux accidents dus à la curette sur quatre cents opérations.

L'un de ces accidents se rapportait à un cancer limité et insoupçonné du corps utérin, où il fit une perforation qui aboutit à une péritonite limitée au cul-de-sac postérieur, ouvert aussitôt après l'accident et qui guérit ; l'autre à une fausse route dans le ligament large qui n'eut aucune suite.

Il signale encore la suppression des règles pendant deux ans chez une (sur 100) de ses opérées. Elle avait de l'oblitération de l'orifice interne, et on dut la combattre avec des bougies d'Hégar.

---

1. Macé. *Bull. Soc. d'Obst.* de Paris, année 1902, p. 333.
2. Blondel. *Bull. Soc. d'Obst.* Année 1902. P. 135.

Pour lui l'emploi de la curette permet de dépouiller plus sûrement la surface utérine que l'ongle.

Dans cet office l'écouvillon remplacera l'ongle avantageusement, nous semble-t-il.

De plus, malgré le soin minutieux que l'on pourrait apporter à curetter les cornes utérines, ce serait en vain lorsque l'on se trouverait en présence de rétention placentaire enchâtonnée ; s'acharner trop longuement dans ces régions dangereuses c'est risquer une perforation à leur niveau.

Il est des auteurs qui, à la suite d'un curettage, conseillent les injections intra-utérines de teinture d'iode, de perchlorure de fer. De graves accidents toxiques ou emboliques en ont été souvent la conséquence, dit Audebert, d'autant plus que ces injections sont faites le plus souvent avec des appareils sans double courant, tels que la seringue de Braun (1).

Ce n'est pas cependant qu'il faille jeter sur le curettage un ostracisme absolu. M. Budin lui-même ne le réprouve pas d'une façon formelle, bien qu'il pense cependant qu'il soit aussi facile de guérir ses malades au moyen du curage digital et de l'écouvillonnage ; nous aurions donc mauvaise grâce à être plus royaliste que le roi. Néanmoins il faut bien le dire : le curettage n'est pas une opération toujours facile ni toujours inoffensive, et quand on a décidé d'avoir recours à ce moyen thérapeutique il faut le faire avec la pleine conscience des difficultés et des dangers qu'il peut présenter.

1. Audebert. *Traité de l'avort. incomplet.* Bordeaux, 1896.

Le curage digital se présente d'une façon bien plus avantageuse ; il a pour lui sa grande simplicité, la certitude de savoir ce que l'on fait, de pouvoir contrôler constamment par le toucher les progrès que l'on fait dans le décollement du placenta et des membranes.

Il fait connaître au fur et à mesure si le décollement s'est effectué complètement, ou si quelques cotylédons sont restés adhérents il permet d'y remédier séance tenante.

Blondel, bien que défendant la curette, reconnaît « que le doigt permet souvent de détacher des débris flottants qui, très probablement, eussent échappé à la curette et qui, rattachés par un mince pédicule, étaient juste assez retenus pour rester en place dans l'utérus, et pas assez pour échapper au sphacèle et à l'infection. »

Le doigt permet en outre de dépister les rétentions placentaires anormales, les utérus bifides ; il permet aussi de reconnaître l'existence du ramollissement des parois utérines, de leur amincissement, de leur état gangréneux, et d'éviter ainsi des accidents opératoires mortels.

Ce procédé a, de plus, le grand avantage de supprimer toute instrumentation compliquée. Quoi qu'en disent ses détracteurs, il peut se faire sans anesthésie dans les cas de nécessité ; il suffit d'être doux, patient et persuasif.

La primiparité n'est pas un obstacle aussi souvent insurmontable qu'on voudrait bien le faire

croire; mais, pour le surmonter, il ne faut pas que l'opérateur ait une main trop large, et surtout épaissie, ce qui devient une gêne considérable pour l'introduction de la main roulée en tronc de cône dans le vagin. Une main épaisse, terminée par des doigts courts et épais, se trouvera dans l'impossibilité d'avoir recours à cette excellente manœuvre obstétricale sans anesthésie préalable de la malade.

Le doigt qui décolle le placenta ne pourra pas toujours ramener dans le vagin l'arrière-faix ainsi détaché.

Le professeur Budin a suppléé à cet inconvénient en préconisant, comme corollaire du curage digital, l'expression abdomino-vaginale qui expulse dans le vagin toutes les portions décollées de l'arrière-faix.

« Pour arriver à ce résultat on s'assure (le placenta étant complètement désinséré et morcelé s'il y a lieu) que la cavité du col est dirigée suivant le même axe que celle du corps; au besoin on redresse l'utérus à l'aide des deux mains. Puis les doigts de la main droite sont placés dans le cul-de-sac postérieur du vagin; ils prennent point d'appui par leur face palmaire sur la face postérieure de la matrice, et exercent une pression de bas en haut et d'arrière en avant pendant que la main gauche, à travers la paroi abdominale, exerce une pression analogue sur la face antérieure de l'organe à vider, mais dirigée de haut en bas, et d'avant en arrière. Le placenta saisi entre les deux mains est chassé vers le col et vers le vagin comme un noyau de

cerise s'échappe des doigts qui le compriment » (Budin) (1).

Une fois le délivre extrait on réintroduit le doigt jusqu'au fond de l'utérus pour s'assurer de sa vacuité complète. On fait une injection intra-utérine, et on termine par un écouvillonnage, suivi d'un pansement intra-utérin, à la gaze stérilisée ou iodoformée.

Pour procéder à l'écouvillonnage, on emploie les écouvillons du professeur Budin, qui sont en côtes de plume et très résistants, et le col étant attiré à la vulve par des pinces, on pousse l'écouvillon jusqu'au fond de l'utérus, on lui imprime alors des mouvements de va-et-vient et de rotation en tous sens ; on le retire ensuite, et on le remplacera sans crainte par un autre, au besoin par un troisième ou quatrième, car jamais écouvillon n'a produit de perforation. On complète par l'introduction d'un ou de deux écouvillons qui ont été imbibés de glycérine ou de créosote au tiers ou au cinquième.

On termine par une injection de liquide sur le col pour enlever l'excès de créosote, et on draine l'utérus à l'aide d'une mèche de gaze, ou l'on tamponne l'utérus et le vagin, et on laisse le tout en place pendant douze ou vingt-quatre heures.

Si l'infection est profondément enracinée, il ne faudra pas cesser toute thérapeutique au lendemain de l'enlèvement du pansement. On renouvellera les

---

1. Budin et Demelin. *Manuel pratique d'allaitement et d'accouchements*. Année 1904, p. 707.

injections utérines plusieurs fois par jour, tant que les lochies resteront abondantes et fétides. Si, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la température ne cède pas, il ne faudra pas hésiter à pratiquer un nouveau curage et un nouvel écouvillonnage.

Le plus souvent, dès la première intervention, les accidents septiques tourneront courts, et le tout rentrera dans l'ordre.

Tel est le traitement à préconiser au cours des suites d'un avortement. C'est le traitement de choix, le plus sûr, le plus facile à exécuter, le moins dangereux pour la femme. Que pourrait-on lui demander de plus ?

CONCLUSIONS

Pour nous résumer, on peut dire que tout avortement spontané survenant chez une femme saine a un pronostic favorable ; que chez une femme préalablement infectée ou débile, ou chez une femme dont l'avortement est dû à des manœuvres abortives coupables, le pronostic reste très réservé pour devenir souvent grave par la suite.

Nous dirons aussi que la rétention dans l'avortement est le facteur le plus important à connaître, pour pronostiquer la bénignité ou la gravité possible des suites de couches ; que les hémorragies et l'infection ne dépendent le plus souvent que d'une rétention trop prolongée ; de même que les formations pathologiques qui sont parfois la conséquence d'une rétention indéfinie, bien qu'aseptique.

Nous dirons encore que pour éviter toute aggravation du pronostic dans une intervention opératoire post-abortum il faut que l'opérateur renonce à toute manœuvre qui ne se pourrait faire sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

« Nos devanciers étaient partagés entre la crainte des dangers de la rétention et l'effroi, hélas ! trop justifié des conséquences de la moindre manœuvre

chirurgicale; car, pour parer à un mal dangereux on était souvent obligé de recourir à un moyen, que des conditions mystérieuses, inconnues, faisaient plus dangereux encore.

L'antisepsie, et surtout l'asepsie, ont changé tout cela, elle a transporté dans les opérations obstétricales une sécurité presque absolue, de sorte qu'on pourrait dire, sans crainte d'exagérer, que sans elle toutes les méthodes étaient mauvaises, et qu'avec elle toutes sont bonnes, ou pour le moins acceptables » (1).

Malgré la grande vérité que renferment ces paroles, il faut cependant se rendre à l'évidence, et constater les accidents susceptibles de survenir au cours d'un curettage instrumental ; c'est pourquoi nous ne saurions trop recommander l'emploi du curage digital, suivi d'un écouvillonnage, qui présente de plus grands avantages et n'en offre pas les inconvénients.

---

1. *Trait. de l'avortement* par le Dr Moïse Miraschi. Ed. 1902.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Girard. — Sur l'avortement. Journal général de médecine, 2e observ., t. 48, 1813.

Desormeaux. — Article Avortement du Dict. en 21 vol., t. III, décembre 1821.

Gardien. — Traité complet d'accouchements et des maladies des filles, des femmes et des enfants, 3e éd., t. II, 1824.

Mme Lachapelle. — Pratiq. des accouchements, publié par Ant. Dugès, t. II, 1825.

Dugès. — Article Avort., in Dict. médecine pratiq., t. III, 1829.

Trastour. — Th. de Paris. Dissertation sur l'avort., 1825.

Baudelocque. — Traité de la péritonite puerpérale, 1830.

Vavasseur. — Manuel de Doctorat en médecine. Médecine légale, 1834.

Velpeau. — Traité complet de l'art des accouchements, p. 88, t. II, 1835.

— Fausse-couche. Accidents consécutifs. Abeille médicale, 1846.

Capuron. — Traité sur les maladies des femmes.

— Cours théorique et pratiq. des accouchements.

Mauriceau. — Aphorismes. Maladies des femmes. Observations.

Mme Boivin. — Mémorial de l'art des accouchements. Corollaires, 1836.

Guillemot. — Des avort. périodiq. Arch. gén. de médecine. Série II, t. XI, 1836.

Jacquemier. — In archiv. gén. de médecine, 3o, t. V, 1839.

M. Dubois. — Conduite à tenir dans les avort. Abeille médicale, 1845.

Chailly-Honoré. — Traité pratiq. de l'art des accouchements. 1853.

Dechambre. — Dict. art. avort., 1865.

Pajot. — Travaux d'obst. et de gyn. précédés de pratiq. obstétricale, 1882.

Tarnier, Chantreuil et Budin. — De l'art des accouch., t. II, 1886.

Budin. — Cliniq. obstétricale, 1889.

Brion. — Th. Paris sur 530 cas d'avort., 1889.

Varnier. — Revue pratiq. d'obst. et d'hygiène de l'enfance, 1889.

— Revue pratiq. Article de Pinard, t. III, 1890.

Varnier. — Revue pratiq. De la délivrance dans l'avort. t. V et VI, 1893.

Brouardel. — Revue pratiq. Définit. de l'av., t. XIII, 1900.

Constantin Daniel. — Revue prat. Modification du pouls et de la temp. dans l'infection utérine. Phlébite, 1903.

Pinard. — Revue prat. Indication de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, 1903.

Colomby. — Thèse de Doctorat. Recherches sur la rétention du placenta de l'avortement, 1898.

Annales de gynécologie. — De la stérilisation des mains d'après Sticker, 1901.

— Toupet et Hartmann, 1895.

— Charpentier. De l'avortement habituel, 1897.

— Audebert et Sabrazès. Rétention placentaire, 1897.

— Congrès. Rapport de Doléris. Etiologie et nature des infections puerpérales, 1900.

— Tuffier. L'hystérectomie des l'infection puerpérale, 1901.

Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie. Tuffier, 1899.

Pinard et Wallich. — Traité de l'infection puerpérale, 1896.

Budin et Crouzat. — Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes, 1898.

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, 1900.

Potocki et Lacasse. — In Annales gynécologiques sur les modifications globulaires du sang dans l'infection puerpérale, 1904.

Mouchotte. — Thèse. Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie de l'infection puerpérale post-abortum, 1904.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchements, 1904.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1904.

Delestre. — De l'avortement, 1904.

Tarnier. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.

Miraschi. — Traitement de l'avortement, 1902.

Chaleix-Vivie et Audebert. — Trait. de l'avortement incomplet, 1896.

Blondel. — Bulletin Société d'obstétrique. P. 135, 1902.

Magé. — Bulletin Société d'obstétrique. P. 333, 1902.

Nouvelles Archives d'obst. et gynéc. Dilatation utérine avec laminaires. P. 258, 1892.

Beckmann. — L'Obstétrique. P. 473. Métrite dissécante ou gangréneuse, 1900.

Estéoulle. — Thèse Paris. Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires, 1904.

Olivier Beauregard. — Thèse Paris. Contribution à l'étude du placentôme malin. Décembre, 1904.

Lucas. — Thèse Paris. Etude sur le traitement de la délivrance de l'avortement incomplet.

Maygrier. — L'Obstétrique. Pronostic et traitement de l'avortement criminel, 1902.

Grosjean. — Thèse Paris. Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avor. par le tamponnement utérin, 1900.

Brindeau. — Société d'obstétrique. Paris. Causes d'erreur dans le cas de rétention placentaire. Janvier 1902.

Budin. — Société d'obstétrique. Paris. Causes d'erreur dans le cas de rétention placentaire. Discussion, 1902.

Brindeau. — Bulletin Société d'obstétrique. Abcès de l'utérus. Mars 1901.

Lehmann. — Bulletin Société d'obstétrique. De l'infection amniotique avant l'ouverture des membranes. P. 105, 1899.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

H111 Paris.Univ.Fac.de méd
P232 Thèses
1904-05 36600.
v.38

NAME	DATE DUE